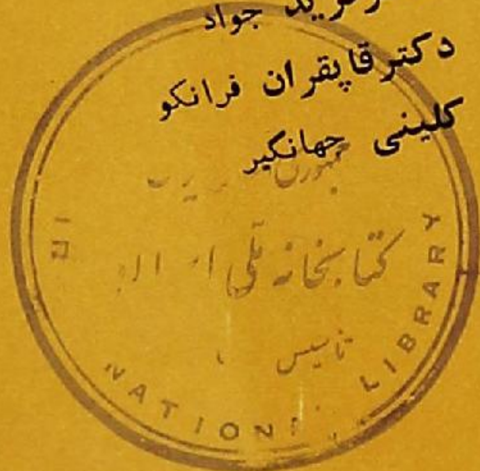


ماهنامه

دارو و پزشکی

همکاران این شماره

ابوالفضلی رضا
امامی علی
بدروسیان رازمیك
دکتر برال موسی
توروفسکی یوگنی
دکتر جزایری محمدحسین
دکتر جورابچی عبدالخالق
دکتر خدابنده عباس
دکتر صدوقی مهرانگیز
دکتر عبدربانی محمدهادی
فرویلیش والتر
دکتر فرید جواد
دکتر قاپقران فرانکو
کلینی جهانگیر



سال دهم - شماره اول (۸۵) - آذرماه ۱۳۵۰
No. 83 December 1971

تکشماره ۱۵ ریال



دکادرون تزریقی

SHOCK
DECADRON
ACUTE ALLERGIC DISORDERS
CEREBRAL EDEMA

dependable steroid solution

njection

Trademark

ECADRON

xamethasone sodium phosphate, MSD),   phosphate

یک محلول پایدار و آماده برای مواقع ضروری

هیچگونه نیازی برای فراهم کردن و یا حل نمودن قبلی نیست

بسرعت جذب میشود .

پنج دقیقه پس از تزریق داخل رگ یا داخل عضلانی

غلظت کافی از استروئید درپلاسما ایجاد میشود.

بخوبی تحمل میشود .

از کمترین مقدار تزریق اثرات درمانی قابل ملاحظه بدست میآید.

توجه : اطلاعات کاملتر بنابدرخواست پزشکان محترم ارسال خواهدشد.



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

where today's theory is tomorrow's therapy

آرتریت روماتوئید

REDUCE INFLAMMATION
RELIEVE PAIN
INCREASE MOBILITY

این بیمار درمرحله حاد آرتریت رماتوئید می‌باشد.

باتجویز کپسول‌های

CAPSULES

INDOCID

Trademark (Indomethacin MSD)

ایندوسید

ایندومتاسین مرك شارپ انددوهم
که دارای اثرات ضدالتهابی ـ ضد درد ـ وضد تب میباشد
بهبودی سریع حاصل شده
درد ـ تورم ـ سفتی وحساسیت مفاصل ازبین میرود



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

where today's theory is tomorrow's therapy

کپسول ایندوسید ۲۵ میلی دربسته‌های ۳۰ عددی موجود است .

توجه : اطلاعات کاملتر بدرخواست پزشکان محترم ارسال خواهد شد .

Permet de réduire le nombre des injections

هپاتیک 100 + 1000 شوئه

ASTHÉNIES

ANÉMIES

AFFECTIONS HÉPATIQUES ET NEUROLOGIQUES

HEPATIQUE 100 B_{12} 1000
CHOAY

Boite de 3 ampoules 2 ml
Remb. S.S. - A.M.G. - Coll.
P. CL 14



3 ampoules suffisent

1 INJECTION TOUS LES DEUX JOURS EN I.M. OU I.V.

نماینده انحصاری در ایران شرکت ایباك چهارراه امیر اکرم خیابان
شاهین شماره ۱۱ تلفن ۴۰۳۶۰

Darupezeshki

Monthly
Medical Pharmaceutical
Journal
December 1971

Edited by: Dr. M. H. Abderabbani
Mail Address: P.O.Box 3289 Tehran-Iran
Tel: 891407
DANESH EMROOZ PRESS
TEHRAN - IRAN
Tel: 312767

ماهنامه دارو پزشکی

صاحب امتیاز و مدیر مسئول :
دکتر محمد هادی عبدربانی
زیر نظر هیئت تحریریه
صندوق پستی ۳۲۸۹
تلفن | مدیر ۸۹۱۴۰۷
تلفن | دفتر ۳۱۲۷۶۷
چاپ دانش امروز
میدان فردوسی جنب لوان‌تور
تلفن : ۳۱۲۷۶۷

آبونمان یکساله ۱۵۰ ریال . برای دانشجویان ۱۰۰ ریال

آبونمان یکساله برای خارج
با پست زمینی

آلمان	۱۲/۵	مارك
فرانسه	۱۵	فرانك جدید
انگلستان	۲۵	شیلینگ

آدرس دفتر مجله و چاپخانه :

خیابان‌شاهرضا ـ جنب‌میدان‌فردوسی ـ شماره ۳۴۷ ـ چاپ‌دانش‌امروز

مقالات وارده مسترد نمیگردد ، هیئت تحریریه در حك واصلاح ودرج
مقالات رسیده آزاد است

توضیح لازم

۱- تعداد زیادی نامه و مقاله ازهمکاران گرامی ودانشجویان عزیز دریافت گردید و با اینکه چاپ چندمقاله ویك نامه (نامه آقای نسلی پور)را درشماره پیش (ویا دراین شماره) وعده داده بودیم متأسفانه بعلت تراکم مطلب مقدور نشده است با عرض معذرت درشماره‌های آینده چاپ خواهدشد.

۲- پاسخ به نامه‌های رسیده نیز بعلت تراکم مطلب بشماره آینده موکول گردید.

۳- ازهمکاران محترم ودانشجویان عزیز **برای چندمین بار** تقاضا میشودمقالات‌را تایپ شده (ویا کاملا خوانا) **ودریك طرف صفحه** مرقوم دارنـد وکلمات لاتین‌را بـا حروف بزرگ بنویسند وازارسال مقالات تکراری (که قبلا درمجلات دیگرچـاپ شده باشد) خودداری فرمایند و منبع یا منابع‌مقاله‌را نیز معلوم‌دارند.

مراتب‌سپاس وتشکرخودرا ازاین همکاری قبلا تقدیم میداریم «هیأت تحریریه»

فهرست مندرجات



بخش اول - مقالات و اخبار برای استفاده عموم

بخش دوم - مقالات تخصصی

در آغاز دهمین سال انتشار داروپزشکی

افتخاری بزرگ برای یک مجله علمی

۲۷۵ نفر با ۱۰۳۱ مقاله در مدت ۹ سال گذشته

با مجله داروپزشکی همکاری داشته‌اند

به ترتیب تعداد مقالات رسیده:

تعداد			مقالات
۵۴	نفر	از اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی تهران	۳۳۸ مقاله
۳۲	»	از داروسازان غیردانشگاهی (موسسات ملی - دولتی و آزاد)	۱۴۶ »
۳۶	»	از دانشجویان دانشکده داروسازی تهران	۱۱۵ »
۳۹	»	از اعضاء کادر آموزشی دانشکده پزشکی تهران	۱۱۲ »
۲۰	»	از نویسندگان غیرحرفه‌ای (غیر از حرفه پزشکی و داروسازی)	۷۵ »
۲۱	»	از پزشکان غیردانشگاهی (تهران و شهرستانها)	۶۷ »
۱۵	»	از دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران	۴۳ »
۱۶	»	از اعضاء کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه اصفهان	۴۰ »
۱۵	»	از اعضاء کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه تبریز	۳۲ »
۹	»	از پزشکان و داروسازان مقیم یا مأمور خارج از کشور	۲۱ »
۵	»	از شخصیت‌های علمی خارجی	۱۴ »
۴	»	از دانشجویان دانشگاه ملی	۱۰ »
۲	»	از دانشجویان دانشگاه شیراز	۹ »
۴	»	از دانشجویان دانشگاه تهران (غیر از پزشکی و داروسازی)	۵ »
۲	»	از کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه مشهد	۲ »
۱	»	از دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور	۲ »

هیئت تحریریه واقعی

در آذر ماه ۱۳۴۱ مجله داروپزشکی بهمت و کوشش و علاقه عده‌ای از همکاران کادر و دانشجویان عزیز با انتشار اولین شماره خود قدم در خانواده مطبوعات گذاشت و از آن زمان تاکنون یعنی در مدت ۹ سال، بهمت همین همکاران ۸۴ شماره منتشر شده است، از اینکه ۸۴ شماره بجای ۱۰۸ شماره منتشر شده بدان علت بود که در سالهای گذشته بعللی مجله هر دو ماه یکبار منتشر میگردید و یا بعلت مسافرت اعضای هیأت تحریریه در ایام تابستان تعطیل میشد ولی خوشبختانه در ۲ سال اخیر بطور مرتب و هرماهه منتشر گردید.

شك نیست مجله داروپزشکی چون بسیاری از مجلات دیگر بوسیله هیأت تحریریه‌ای اداره میشود ولی حقیقت اینست که هیأت تحریریه مجلات علمی وفنی خصوصاً داروپزشکی نمیتوانند محدود باشد و اگر ما بخواهیم **هیئت تحریریه واقعی** مجله را معرفی کنیم باید همه کسانی را که در این ۹ سال با مجله همکاری داشته‌اند و **بطور افتخاری** با ارسال مقالات سودمند و آموزنده خود باین مجله کمك معنوی کرده‌اند بعنوان هیأت تحریریه نام ببریم و معرفی نمائیم و همین کار را هم انجام خواهیم داد.

ولی قبل از معرفی کسانی که در این مدت با مجله همکاری داشته‌اند تذکر چند نکته را لازم و ضروری میدانیم.

نکته اول: همانطور که در آمار صفحه اول ملاحظه می‌فرمائید داروسازان ایران (دانشگاهی و غیردانشگاهی) و نسل آینده آن (دانشجویان) از نظر تعداد مقالات ارسالی رتبه اول تا سوم را حائز شده‌اند واین نشانه گویائی است از اعتماد همکاران عزیز داروساز و دانشجویان عزیزی که در این ۹ سال عامل مهم وموثری در ادامه کار

مجله داروپزشکی بوده‌اند و ما بهترین سپاس و عمیقترین تشکرات قلبی خودرا بحضور آنها تقدیم میداریم وتمام آرزو وامیدمااینست که درسالهای آینده هم ازاین اعتماد داروسازان عزیز- که این مجله تعلق بخودآنها دارد- برخوردار گردیم.

نکته دوم: همکاران عزیزپزشك، خصوصااعضای کادرآموزشی‌دانشکده پزشکی تهران ازاستادان‌محترم گرفته تا استادیاران محترم با احراز مقام چهارم همبستگی وبرادری دورشته داروسازی وپزشکی رابه بخوبی نشان‌داده‌اند مضافاً اینکه پزشکان‌غیردانشگاهی یعنی پزشکان موسسات‌ملی- دولتی وآزادهم‌با احراز مقام ششم ودانشجویان‌عزیزدانشکده پزشکی دانشگاه تهران بااحرازمقام هفتم این برادری و همبستگی‌را تکمیل کرده‌اند. ماهمیشه معتقد بوده‌وهستیم ودر۹سال گذشته‌هم ازاین‌روش پیروی کرده‌ایم که در بین قشر تحصیل کرده اجتماع‌ما باید همفکری کاملی وجود داشته‌باشدوهر گونه کوشش‌درراه‌ایجادنفاق راناصحیح دانسته‌ایم. **آنهائی که کوشش میکنند در بحث‌های خودطبیب رادرمقابل داروسازقراردهند ویا بر عکس‌داروساز را درمقابل طبیب، بنظرماکوردلان بی‌مایه وتنگ‌نظری‌هستندکه دانسته ونا دانسته به هدف‌های استعمارومیراث‌خواران‌آن کمك‌میکنند** ویا حداقل در بین روشنفکران نفاق را جایگزین اتحاد واتفاق ملی مینمایند. با این کوته‌بینان بایددر هر اجتماعی به سختی‌مبارزه شود وما افتخار میکنیم که درتمام مدت ۹سال گذشته حتی یکبار هم شاهد پیش‌آمدی (ولوبطوراشتباه) درحد جدائی پزشك‌و داروساز‌نبوده‌ایم ومسلم میدانیم که درآینده نیز چنین روشی‌را محکوم میکنیم واجازه‌نخواهم دادکه این دو عضو مهم خانواده بهداشتی مملکت احساس جدائی کنندوبدینوسیله ازتمام اعضای‌کادر آموزشی دانشکده پزشکی تهران وپزشکان غیردانشگاهی دانشجویان عزیزدانشکده‌پزشکی‌تهران که دراین‌مدت‌با ماهمکاری نزدیك داشته‌اند صمیمانه تشکرمی کنیم.

نکته سوم: توجه‌خوانندگان عزیزوهمکاران‌غیر حرفه‌ای (غیرازحرفه‌پزشکی وداروسازی) باین مجله است که با ارسال۷۵مقاله مقام‌پنجم‌را بدست‌آورده‌اند واین نشانه آنست که مجله میتواند‌بادرج‌مقالاتی بزبان ساده با اخبار عالم پزشکی وداروسازی و یا تازه‌های علمی(درکنارمقالات‌علمی وتخصصی)مورداستفاده‌افراد دیگری نیزقرارگیرد وما باید برنامه خودرا برای آینده براین‌اساس استوار سازیم‌که مجله در تمام خانواده‌ها نفوذکند وضمن راهنمائی بهداشتی توجه آنها راجلب‌نماید. مااز‌این‌دوستان وهمکاران‌مطبوعاتی که با ارسال‌مقالات بسیارجالب‌وسودمند دراین مدت



بیاددوست وهمکارازدست رفته‌ام:

دکتر توحید‌عاملی

وقتیکه او ازمیان‌مارفته بود،من درتهران نبودم ودر بیمارستانهای لندن سراغش را می‌گرفتم و درآنجا فهمیدم‌که چندروز قبل‌ازمراجعه من‌به‌بیمارستان،او به تهران‌برگشته‌بود. وقتیکه ازوضع جسمانی و نوع بیماری او ازپزشکان انگلیسی سئوال‌کردم پاسخ منفی‌ومایوس‌کننده بودومن ازهمان زمان و ازهمان جا غم بزرگی را بدل‌گرفتم و وقتیکه بتهران رسیدم دانستم‌شانس دیدن قیافه دوست داشتنی‌وصادق‌اورا برای همیشه ازدست داده‌ام....

آشنائی ما دردانشکده شروع شد: او دانشجوی‌سال‌آخر بودومن اولین سال‌دستیاری‌را می‌گذراندم ودرآزمایشگاه با هم‌آشنا شدیم واین‌آشنائی بدوستی تبدیل‌گردید وقتیکه‌بعدها او‌بعنوان‌کادرآموزشی‌وارد دانشکده شد مابهم نزدیکترشدیم و خیلی خوب‌همدیگررا درك میکردیم. بزرگترین وعالیترین صفت‌او، صداقت اوبود. اوباسادگی و بی شائبه‌گی‌خاصی صداقت داشت او نمیتوانست قیافه «ظاهرسازانه‌ای» بخود

همکاری بی شائبه‌ای داشته‌اند عمیقا سپاسگزاریم.

بالاخره نکته چهارم اینست که مجلـه نتوانسته خود را به شهرستانها بشناساند و هنوز آنطور که لازم است در دانشگاههای شهرستانها خصوصا در دانشکده‌های پزشکی و داروسازی آن شناخت کاملی نسبت باین مجله وجود ندارد زیرا تجربه نشان داده است که بمحض آنکه شناختی بوجود آید استقبال محبت آمیزی را بدنبال خواهد داشت نمونه‌های بزرگ آن دانشگاههای اصفهان و تبـریز است که همکاری آنها درهمین یکی دوسال اخیر افزایش یافته است و در این مدت کم اصفهان با ۴۰ مقاله مقام هشتم و تبریز با ۳۲ مقاله مقام نهم را احراز کرده است و این رقم یقینا در سالهای آینده تغییر اساسی خواهد کرد زیرا ما شاهد بی شائبه‌ترین نوع همکاری هستیم بطور مثال دانشجوی عزیز دانشکده داروسازی اصفهان **آقـای منوچهـر سلجوقیان** آنچنان در همکاری علاقه نشان میدهد که درمواردی ما خود را در مقابل آنهمه تحرك ومحبت در تنگنای کار تشکیلاتی احساس می کنیم.

ما ضمن تقدیم عمیقترین سپاس خـود به کادرها و دانشجویان عزیز دانشگاههای اصفهان و تبریـز خصوصا دانشکده‌های داروسازی و پزشکی آن، امیدواریم که این فعالیت در شهرستانهای دیگر و یا در دانشگاههای موجود تهران نیز دنبال گردد خصوصا برنامه ما باید در دانشگاههای ملی ــ پهلوی شیراز و مشهد وجندی‌ـ شاپور ـ که در گذشته کم و بیش همکاری داشته‌اند ـ طوری تنظیم شود که در آینده متضمن همکاریهـای وسیعتـر و گسترش یافته‌تری باشد.

تقاضا ازخوانندگان

حال که سخن بدینجا رسید ازتمام همکاران عزیز و دانشجویان گرامی و بطور کلی خوانندگان مجلـه تقاضا داریم که مارا در این کار مهم یاری دهند و هر فکر و ایده‌ای را که بتوانند در شناخت این مجله موثر باشد با ما در میان بگذارند وهر نوع پیشنهادی را که بتواند به هدف ما کمك کند با نامه و یا درگفتگوی حضوری مطرح کنند تا ما بتوانیم قدمهای مؤثرتر و مثبت‌تری در این راه برداریم ـ ما مخصوصا از پیشنهادهائی که در زمینه گسترش وسیعتر مجله با بوجود آوردن مشترکین جدید باشد و این خود عامل موثری در شناخت مجله خـواهد بود، استقبال می کنیم و منتظر نامه‌های خوانندگان در این زمینه هستیم حال اجازه بدهید به بحث مختصری درباره اعضای هیات تحریریه واقعی مجله بپردازیم.

بگیرد، وقتیکه باامری مخالف بود، نمیتوانست آنرا کتمان کند حتی نگاه و قیافه برافروخته و ناشکیبای او مخالفت اورا ظاهر میساخت و درمواردی حتی به شدیدترین شکل ممکن مخالفت خود را نشان میداد و این خود مسئله‌ای بود که عده‌ای از همکاران روش او و نوع برخورد او را در این مواقع نمی پسندیدند و این در اجتماعی که بسیاری ازخصوصیات انسانی ارزشهای واقعی خود را از دست داده باشند ظاهراً بصورت امری طبیعی جلوه می کند ....

مدتها بود که بدنبال فرصتی می گشتم تا از او یاد کنم و این فرصت اکنون دست داد آنجا که گزارش هیئت تحریریه را قرائت کردم و نام اورا درمیان نام هائی که مقالـه بـداروپزشکی فرستاده‌اند، دیدم و بلافاصله تصمیم گرفتم این مختصر را بیاد همکاری بنویسم کـه در تمام فعالیتها برای اعتلای دانشکده نقش فعال و صادقانه‌ای داشت. او پرجوش وخروش بود و تحرك عجیبی در کارها نشان میداد و وقتی بـدنبال هـدفی میرفت «طول زمان» را تحمل نداشت و «زمان» برای او رنج آور بود ومیل داشت روزها به ساعات، وساعات به دقایق و دقایق به لحظاتی تبدیل گردد تا او زودتر بهدف برسد این هدف معمولا درجهت دانشکده یا در راه اجرای مقصود دوست وهمکاری بود....

اوفقط ۴۵ بهار را پشت سر گذاشته بود و اجل فرصت نداد تا بهره‌ای اززندگی برد و تأهلی اختیار کند تا اقلا یادگاری از خود بصورت فرزند باقی گذارد. او درسال ۳۶-۱۳۳۵ از دانشکده فارغ التحصیل شد و یکسال بعد دستیار و در دیماه ۴۲ استادیـار و درخرداد ۴۷ دانشیار شد و در اردی بهشت ۵۰ طبق تجویز پزشك معالج بلندن رفت و لی بدون نتیجه برگشت و در بعدازظهر روز ۵۰/۵/۲۷ درحالیکه دوستانش انتظار اورا می کشیدند، درمنزل دار فانی را وداع گفت وهمه کادرها ودوستان وهمکاران را درغم واندوهی عظیم وفراموش نشدنی برجای گذاشت...

او رفیق وهمکار صادق و بسیار قابل اعتمادی بود. در دوستی «حد» نمی‌شناخت و تا آنجا که درقدرت داشت، محبت خود را نثار دوست میکـرد و من یقین دارم که جای او همیشه در دانشکـده خالی خواهد بود وکادرها وهمکاران دانشکده در از دست دادن چنین همکار ارزنده ای همیشه حسرت خواهند خورد. خصوصیات بارز انسانی او فراموش شدنی نیست یاد او با یاد انسانیتهائی همراه خواهد بود، این خود درسی است آموزنده، برای بسیاری از ما .... روانش شاد باد.

دکتر عبدربانی

۱ - ۵۴ نفر از اعضای کادر آموزشی دانشکده داروسازی تهران با ۳۳۸ مقاله

۵۴ نفر از اعضای کادر آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه تهران با ۳۳۸ مقاله بزرگترین وارزنده ترین همکاری را داشته اند ممکن است عده‌ای از این کادرهای آموزشی اکنون به‌مقام بازنشستگی نایل گردیده ویا به دانشکده‌های دیگر منتقل شده ویا اصولا ازدانشگاه رفته باشند ولی بهرحال درروزی که اولین مقاله خـود را بدفتر مجله ارسال داشته اند، عضو کادر آموزشی دانشکده داروسازی بوده اند و این افراد را به ترتیب تعداد مقالاتی که بنام آنها تاشماره ۸۴ چاپ‌شده معرفی مینمایم:

تقریباً اکثریت قریب با اتفاق

این نکته را نباید فراموش را کرد که وقتیکه بآمار مقـالات واسامی اعضـاء کادرهای آموزشی دانشکده داروسازی تهران می‌نگریم می‌بینیم تقریبا **اکثریت قریب باتفاق کادرهای دانشکده داروسازی تهران (ولوبا یک مقاله) بادارو پزشکی همکاری داشته‌اند** بدین ترتیب :

مدیر مجله ۲۶ مقاله علمی ۷۸ مقاله درزمینه‌های مختلف (اجتماعی - صنفی - دانشگاهی وانتقادی) - آقای آقای دکتر محمدجواد جنیدی ۲۲ مقاله - آقای دکتر حسن فرسام ۱۶ مقاله - آقای دکتر رستم مقصودی ۱۳ مقاله آقای دکتر هوشنگ کوشک آبادی ۱۲ مقاله - آقای دکتر ناصر رضوانی ۱۰ مقاله - آقایان دکتر محمود رفیع زاده ودکتر مجید خورسند هریک ۹ مقاله - آقای دکتر عباس خدابنده ۸ مقاله - آقای دکتر محمد رضا حاج غفوری ۸ مقاله - خانم دکتر عارفه اسماعیلی ۷ مقاله - آقایان دکتر فرج‌اله فـرهی، دکتر امان‌اله صالحیان ودکتر پرویز جاویدهریک ۷ مقاله - خانم دکتر فرنگیس اعتماد مقدم وآقایان دکتر بدیع‌اله مشیدی و دکتر محمود شریعت هریک ۶ مقاله - آقایان دکتر سیدمحسن مجتبائی دکتر محمد مهدی سمسار - دکتر مسعود مخانی هریک ۵ مقاله - خانم دکتر زهرا صدرائی وآقایان دکتر موسی برال ودکتر منصور ناتان هریک ۴ مقاله - خانمها دکتر قدسی نیلوفری ودکتر زیور امانی وآقایان دکتر جواد عطابخش دکتر غلامحسین ثنائی ودکتر فرانکو قاپقران هریک ۳ مقاله

همکارانیکه دومقاله داشتند: خانم دکتر فرح بدیعی - آقایان دکتر علی زرگری - دکتر الکساندر باقدیانس - دکر ژیرار کاراپتیان - دکتر سعید اعتصامی دکتر یوسف شاملو - دکتر عباس شفیعی - دکتر احمـد پاکروان - دکتر سیروس یزدانی ودکتر محمد افتخاری.

و بالاخره همکارانی که یک مقاله داشتند : خانمها دکتر هما گل گلاب - دکتر فاطمه عرفان وآقایان دکتر فتح‌اله اعلم - دکتر رحیم قادری نژاد دکتر سیدابراهیم انگجی- دکتر ایرج لاله‌زاری - دکتر عباس قریب- دکتر نصرت‌اله رهگذر- دکتر مصطفی اولیائی - **دکتر توحیدعاملی** - دکتر یعقوب آئینه‌چی - دکتر محمد باقر قدسی - دکتر فریدون مهدیـون- دکتر محسن کاشفی الاصل ودکتر محمدرضا زرین دست.

۲ - ۳۲ نفر ازداروسازان غیر دانشگاهی با ۱۴۶ مقاله:

آقای دکتر حشمت‌اله شهرزاد ۲۳ مقاله - آقای دکتر مسیح‌اله ذوالقدری ۲۱ مقاله آقای دکتر مرتضی حسین دوست ۱۸ مقاله - آقای دکتر آلبرت صلح‌خواه ۱۵ مقاله - آقای دکتر ابوالحسن ضیاء ظریفی ۱۳ مقاله آقای دکتر فیاض فیضی ۷ مقاله - آقای دکتر ایرج مقدسی ۶ مقاله - دکتر مهندس فریدون طاهری ۵ مقاله - خانم دکتر فرخ لمعه و آقایان دکتر عبدالخالق جودابچی، دکتر عباسعلی حمیدی دکتر مهیار خلیلی هر یک ۳ مقاله.

همکارانی که دومقاله داشتند : آقایـان دکتر غلامرضا سیف‌اله - دکتر اجاقیان - دکتر علی مولوی- دکتر سعیدواقفی ودکتر مژدهی .

وبالاخره همـکارانی کـه یـک مقالـه داشتند : خانمها : دکتر روح‌انگیز نرگسی ودکتر نرگس یاساء آقایان دکتر اسمعیل هاشمی نـژاد - دکتر تبریزی - دکتر رضا جلالی - دکتر رهنما - دکتر پرویز فخرائی- دکتر درخشانی - دکتر خسرو قنبری - دکتر محمد مهدی جهانشاهی - دکتر داوران- دکتر آشوت اراکلیان- دکتر محمود کریمی - سیدباقر میرقاسمی .

بقیه این مقاله را درشماره آینده دنبال خواهیم کرد .

«هیأت تحریریه»

« ما توجه‌روسای محترم دانشگاههای تهران - اصفهان - »
« تبریز.... »
« وهمچنین توجه روسای‌محترم دانشکده‌های داروسازی »
« تهران - تبریز- اصفهان ... »
« وبالاخره توجه تشکیلات داروئی دولتی کشور(وزارت »
« بهداری) و جوامع صنفی داروسازی و صاحبان صنایع »
« داروسازی‌کشور وتمام داروسازان را به مطالعه این »
« «گفت وشنود» جلب می‌کنیم . «هیأت تحریریه» »

گفت‌وشنودی باپروفسور هگر

رئیس واستاد دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی



تا آنجا که بیاد دارم ، در زمان ریاست دانشگاهی آقای دکتر عالیخانی ، از پروفسورژرژ- پ- هگر رئیس و استاد شیمی داروئی دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی امریکادعوت بعمل آمده بود که ازدانشکده داروسازی تهران بازدید کرده ونظرخودرا درباره برنامه آموزش داروسازی وتیتر اعطائی و مسائل مورد لزوم دیگر اعلام دارد. قرار بود پروفسورهگر در اردی‌بهشت ماه سال‌جاری بایران مسافرت کند که درآن‌موقع مقدور نگردید تا اینکه‌درتاریخ ۵۰/۸/۱۶ وارد تهران شد ومدت ۱۲ روزمیهمان دولت‌ایران بودکه جزئیات آن در اخبار همین شماره باطلاع همکاران وخوانند گان عزیزمیرسد.

همکاران عزیزم آقایان دکترخدابنده و دکتر لاله‌زاری ودکترشفیعی محبت کردند وترتیبی‌دادند که اینجانب ،اولا ازنزدیك باپروفسورآشناشوم وثانیاً در روزهای دوشنبه وسه‌شنبه (۲۴و۲۵ آبان) بمدت چند ساعتی، گفت و شنودی با ایشان‌داشته باشم که ضمن تشکر ازمحبت ولطف بیدریغ همکاران ، لازم میداند بعلت اهمیت موضوع مطالبی که مطرح شده عیناً بنظر خوانند گان وهمکاران عزیز برساند ولی قبل ازآغاز مطلب اجازه بدهید بطور مختصر بیوگرافی‌پروفسور را بنویسم :

مختصری ازبیوگرافی‌پروفسورژرژ- پ- هگر

درسال ۱۹۱۶ در شهر بالتیمور مریلاند آمریکا متولدشد. ازدواج کرده وچهارفرزند دارد.

در سال ۱۹۳۸ موفق بدریافت درجه .B.S در رشته داروسازی ودرسال ۱۹۴۰ درجه .M.S درشیمی داروئی ودر سال ۱۹۴۲ درجه .Ph.D درشیمی داروئی ازدانشگاه مریلاند شد.

همچنین درسال ۴۲-۱۹۴۱ موفق بدریافت‌درجه دکترا دربیوشیمی ازدانشگاه کارولینای‌شمالی‌شد.

ازسال ۱۹۴۲ تا ۱۹۴۵ عضو تحقیقاتی کارخانه معروف‌داروسازی‌لی‌لی بود.

ازسال ۱۹۴۵ تا ۱۹۴۸ دستیار شیمی‌آلی وکانی‌و

ازسال ۱۹۴۸ تا۱۹۵۵ استادورئیس دپارتمان شیمی داروئی دانشگاه مریلند ، از سال ۱۹۵۵ تا۱۹۵۷ رئیس علمی ورئیس کل تشکیلات لابراتوارهای اسمیت، کلن وفرنچ ازسال ۱۹۵۷ تا۱۹۶۶ رئیس و استاد شیمی داروئی دانشکده داروسازی دانشگاه مینه‌زوتا، ازسال ۱۹۶۶ تاکنون رئیس واستاد دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی وازتاریخ ۷ تا ۱۹ نوامبر ۷۱، ازطرف دانشگاه تهران بعنوان مشاور خصوصی برای اظهار نظر در کار دانشکده داروسازی تهران دعوت شد ودراین مسافرت ماموریت داشت ازمرکز یونیسف درتهران دیدن کند ودرمراجعت بامریکا از بیمارستان یونیسف درویسبادن (آلمان غربی) و همچنین ازیک بیمارستان یونیسف دراسپانیا نیز دیدن خواهد کرد.



سئوال اول: دانشکده داروسازی تهران را چگونه دیده‌اید؟

پاسخ : باید باکمال صراحت وبدون کوچکترین تعارف یاکمپلمان بگویم : آنچه که در اینجا دیده‌ام قبلا حتی تصورش راهم نمیکردم ودانشکده شما بیش از تصورقبلی من پیشرفته است. کادرهای دلسوزدارد که با علاقه برای دانشکده کارمی کنند ودانشکده را ازنظر علمی جلومیبرند. برای کار وتحقیقات وسائل کافی و وافی دارید و این وسایل موجود برای کارهای تحقیقاتی کفایت می کندالبته میتوانید وباید درآینده از وسایل مدرن‌تروجدیدتری برای کارهای تحقیقاتی استفاده کنید. من بشدت تحت‌تأثیر کادرها قرار گرفتم و باید بگویم که آینده بسیار خوبی برای دانشکده داروسازی پیش بینی می کنم .

سئوال دوم : قبلا اجازه بدهید از اظهار نظر صمیمانه شما بعنوان یکی از کادرها تشکر کنم . سؤال دوم من درباره آموزش داروسازی درایالات متحده امریکاست. شاید اطلاع داشته باشید که سازمان بهداشت جهانی کتابی ازبرنامه آموزش داروسازی بیش از ۸۰ کشور جهان رادرسال ۱۹۶۵ منتشر کرده واین برنامه‌ها مربوط به سال ۱۹۶۳ بود. مجله داروپزشکی ازچند شماره پیش این برنامه‌ها را بتدریج ترجمه وچاپ و منتشر کرده وهنوز ادامه دارد وبرنامه ایالات متحده آمریکا مربوط به شماره ۷۷ یافروردین ۱۳۵۰ است (کتاب سازمان بهداشت جهانی ومجله داروپزشکی به نظر پروفسور رسید) لطفاً بفرمائید که ازسال ۱۹۶۳ دردانشکده‌های داروسازی امریکا تغییراتی حاصل شده است یاخیر؟

پاسخ : آموزش داروسازی تا سال ۱۹۶۰ در اکثریت قریب باتفاق ایالات متحده چهارساله بوده و باتصمیم مجمع ملی داروسازان و موافقت دولت ازسال ۱۹۶۰ ببعد ۵ ساله اعلام شد . این امر درابتدا مورد مخالفت داروسازان ودانشجویان قرار گرفت ولی بعدها باتشکیل کنفرانسها وتوضیحات مفصل، آنهاهم بدلایل منطقی اینکاراعتقاد پیدا کرده وقانع شدند بدین ترتیب هیچ داروسازی ازسال ۱۹۶۵ نمیتواند با تحصیلاتی کمتر از ۵ سال فارغ التحصیل شود و مدرك تحصیلی بگیرد. تعداد دانشکده‌های داروسازی درامریکا، که درسال ۱۹۶۳ درکتاب سازمان بهداشت جهانی نوشته‌شده ۷۶ دانشکده بود ولی اکنون ۷۴ دانشکده استولی در سال آینده یکی اضافه شده ۷۵ دانشکده خواهدبود. آموزش داروسازی تقریبا درتمام ایالات بدین ترتیب است که هردانشجوئی بمدت دوسال دارای تحصیلات پایه داروسازی است که معمولا در دانشکده علوم انجام می گیرد وبعد دوره آموزشی داروسازی دردانشکده‌های داروسازی انجام میگیرد که ۴ سال است و برای دریافت درجه دکترای حرفه‌ای یك سال دیگر باید تحصیل کند و عملا حداقل تحصیلات داروسازی ۷ سال است.

تغییرات دیگری که نسبت بسال ۱۹۶۳ (که شما آنرا درمجله داروپزشکی منعکس کرده‌اید) پیداشده موضوع دکترای حرفه‌ای است که درآنسال فقط ۳ دانشکده دکترای حرفه‌ای میدادند ولی اکنون ۱۵ دانشکده دکترای حرفه‌ای میدهند وطبق برنامه‌های پیش بینی شده درچندسال آینده این تعداد به ۲۸ خواهد رسید و من فکرمی کنم درآینده ازاین تیتر استقبال بیشتری بعمل آید .

فارغ التحصیلان پس ازدریافت درجه دکترای حرفه‌ای ویاپس ازپایان تحصیلات چهارساله داروسازی میتوانندبه تحصیلات خود ادامه‌دهند وپس ازیکسال درجه .M.S بگیرند وبازهم ادامه‌دهند وپس از ۲ سال

سال درجه .Ph.D بگیرند یعنی عملا برای دریافت درجه Ph.D باید درحدود ۱۰ سال تحصیل پایه و داروسازی داشته باشندفراموش نکنید که درجه دکترای حرفه‌ای را دانشکده‌های داروسازی ودرجات .M.S و .Ph.D را معمولا دانشکده‌های علوم میدهند، البته این مدت سال را که اشاره کردم برای دانشجویانی است که با استعداد باشند وگرنه برای دانشجویان دیگر (که عده آنها معمولا کم نیست) مدت لازم برای دریافت هریك از درجات فوق بیشتر است.

سئوال سوم : فارغ التحصیلان داروسازی که در درایالات متحده امریکا بخواهند به تحصیلات خود ادامه دهند درچه رشته‌هائی میتوانند تخصص دریافت دارند؟

پاسخ : ۵ رشته اصلی تخصصی داریم که عبارتند از: ۱ـ شیمی داروئی ۲ ـ داروسازی ۳ ـ فارماکولوژی ۴ـ فارماکوگنوزی و ۵ـ مدیریت.

رشته اصلی داروسازی (شماره ۲) خود دارای رشته‌های دیگری است مانند: داروسازی صنعتی ـ کنترول دارو و بیوفارماسی و کسانیکه در هریك از رشته‌های فوق، تحصیل تخصصی میکنند اگر با استعداد باشند حداقل باید مدت ۹ تا ۱۰ سال تحصیلات داشته باشند.

باید رشته داروساز بیمارستانی یا کلینیکال فارماسی را هم اضافه کنم که از رشته‌های تخصصی داروسازی است.

سئوال چهارم : نظر شما درباره دانشکده داروسازی تهران از نظر تیتر اعطائی چیست و باید چه درجات علمی به فارغ التحصیلان داروسازی بدهد؟

پاسخ : بنظر من باید درجه دکترای حرفه‌ای با حداقل ۶ سال تحصیل بدهید. چون تحصیلات مقدماتی داروسازی یا تحصیلات پایه در کشور شما عملا در دانشکده داروسازی انجام میگیرد (در ایالات متحده امریکا همانطور که گفتم تحصیلات پایه در دانشکده‌های علوم انجام میگیرد) وشما میتوانید بهمین ترتیب ادامه دهید وحتی میتوانید درجه .M.S هم بدهید البته با توجه به شرایط مملکت و تبادل افکار باموسساتی که بداروساز احتیاج دارند وحتی میتوانید برای آینده دورتری .Ph.D را هم پیش بینی کنید ولی بطور کلی درشرایط کنونی باتوجه به وسایل کار وکادرهای آزموده کاملا آمادگی دارید که درجه دکترای حرفه‌ای و .M.S بدهید ومیتوانید مطمئن باشید چنین فارغ التحصیلانی آموزشی درحدود آموزش کشورهای پیشرفته خواهند داشت.

سئوال پنجم : لطفاً ممکن است درباره تشکیلات دیگر داروسازی در ایالات متحده امریکا توضیحاتی بدهید؟ وروابط این تشکیلات را با دانشکده‌های داروسازی معلوم دارید؟

پاسخ: تشکیلات داروسازی که درایالات متحده امریکا وجود دارد بشرح زیراست:

۱ـ «اتحادیه دانشکده‌های داروسازی ایالات متحده امریکا» که تمام دانشکده‌های داروسازی عضو آن هستند وهرسال مبلغ ۱۵۰۰ دلار حق عضویت می‌پردازند این اتحادیه یکی ازمهمترین مراجع داروسازی امریکاست که مخصوصاً درمورد برنامه آموزش داروسازی و احتیاجات امریکا بداروساز تحقیقات وسیع وهمه جانبه‌ای دارد وضمن تماس با تمام موسسات صنعتی و دولتی برنامه‌های داروسازی را پیش بینی وتنظیم می کند و به دانشکده‌ها ابلاغ مینماید ومهمترین مرکزی است که میتواند درتمام جهات بهمه دانشکده‌های داروسازی امریکا ایده بدهد...

۲ـ «انجمن داروسازان دولتی» که اعضاء آن از طرف دولت ایالات متحده از بین داروسازان وشخصیت‌های علمی و اداری که دریکی از رشته‌های داروسازی کار می کنند ویا مسئولیت دارند تعیین وانتخاب میشود این انجمن با اتحادیه دانشکده‌ها وجوامع دیگر داروسازی همکاری نزدیك باجلسات مشترك دارد وکلیه امکانات دولتی را چه ازنظر مالی وچه ازنظر معنوی دراختیار آنها می گذارد.

۳ـ «جامعه داروسازان امریکا» که جامعه صنفی است وتمام داروسازان در آن عضویت دارند وحق عضویت می‌پردازند وبدست داروسازان اداره میشود. پرداخت حق عضویت ازطرف داروسازان اجباری است. این جامعه نقش مهمی درایجاد همکاری وسیع جوامع مختلف داروسازی کشور دارد.

۴ـ «انجمن صنایع داروسازی ایالات متحده

امریکا» : این انجمن همانطور که از اسم آن پیداست مربوط به صاحبان صنایع داروسازی است که با سه انجمن فوق تبادل نظر می کند و خصوصاً با اتحادیه دانشکده های داروسازی رابطه نزدیك دارد و با تصویب اتحادیه به دانشکده ها اعتبار مالی میدهد به دانشجویان کمك مالی می کند برای قسمت تحقیقات دانشکده ها وسایل علمی تهیه و یا اهداء می نماید و یا برنامه های تحقیقاتی در باره مسائل مورد علاقه صنایع داروسازی در اختیار آنها می گذارد و علاوه بر این کمك ها بطور ثابت هر ساله بهر تحقیقی که به نتیجه برسد حداقل ۳ هزار دلار به دانشکده پرداخت کرده و همچنین به ۳۵ تا ۴۰ دانشجو از هر دانشکده کمك مالی می کند و به کادرهای آموزشی دانشکده ها بورس تحقیقاتی بنام بورس «انجمن صنایع داروسازی آمریکا» میدهد. انجمن داروسازان دولتی نیز هر ساله حداقل ۶۰۰ دلار بهر دانشکده ای پرداخت میکند.

سئوال ششم : برنامه آموزش داروسازی دانشکده ها و یا تعداد دانشجویان مورد احتیاج هر دانشکده را چه مرجعی تنظیم و تعیین می کند؟ دولت یا انجمن های داروسازی و یا دانشکده ها؟

آیا ۷۴ یا ۷۵ دانشکده داروسازی در ایالات متحده روی برنامه ای معین هر سال فارغ التحصیل میدهند یا نه؟

پاسخ : دولت در اینکار کوچکترین دخالتی ندارد همانطور که در بالا گفتم اتحادیه دانشکده های داروسازی نقش درجه اول را در این مورد دارد و ضمن تماس با تشکیلات دولتی و خصوصی تعداد دانشجویان هر دانشکده و حتی تعداد متخصصین مورد احتیاج را تعیین میکند و هر سال بدانشکده ها اعلام میدارد. اینکار را با کمك جامعه داروسازان ـ انجمن داروسازان دولتی و انجمن صنایع داروسازی انجام میدهد صنایع داروسازی معمولا در هر سال در پنج رشته: بازاریابی، تحقیق، تولید، کنترول و گسترش، بطور دائم احتیاج به متخصص دارد (در اینجا پروفسور ازمن سئوال کرد آیا دانشکده های شما در این موارد چگونه کار می کنند؟ من پاسخ دادم متاسفانه فارغ التحصیلانی که ما هر ساله تحویل اجتماع میدهیم روی برنامه خاص و پیش بینی شده ای نیست ولی در چند سال پیش مجمعی از دانشکده های داروسازی بنام «شورای هم آهنگی دانشکده ها» در وزارت علوم بوجود آمد که آنهم برای تنظیم برنامه آموزشی بود بهر حال هنوز در آغاز کاریم و امیدواریم با تشکیلات دیگر داروسازی که در مملکت وجود دارد بتوانیم در آینده همکاری بیشتری بکنیم و ترتیبی چون شکل کار شما بوجود آوریم)

سئوال هفتم: لطفاً ممکن است در باره کار تحقیقاتی مراکز آموزشی (دانشکده ها) و چگونگی رابطه آنها با مراکز تولیدی (کارخانه ها) توضیحاتی بدهید؟

پاسخ : سئوال خوبی مطرح کردید و من میخواستم در همین باره صحبت کنم زیرا یکی از عوامل مهم پیشرفت مادر رشته علوم داروئی در همین روابط با مراکز تولیدی نهفته است. هر کارخانه داروسازی در ایالات متحده آمریکا دارای یك مرکز تحقیق اختصاصی است و در این مرکز تحقیق، از استادان و شخصیت های علمی کشور در رشته داروسازی استفاده می کنند و حقوق خوب و کافی میدهند و خصوصاً از اساتید دانشکده های داروسازی در درجه اول استفاده میشود مثلا خود من (پروفسور هگر) مشاور علمی مرکز تحقیقی کارخانه معروف هوفمان روش هستم ولی کار تحقیقاتی کارخانجات داروسازی بدو شکل انجام می گیرد بدین ترتیب که اگر تحقیقات در باره یك محصول اختصاصی کارخانه بوده و جنبه سری داشته باشد در همان لابراتوار تحقیق کارخانه به مطالعه ادامه میدهند.

ولی اگر تحقیقات در باره یك محصول جنبه سری نداشته باشد بمراکز تحقیقاتی دانشکده های داروسازی واگذار میگردد. نباید فراموش کرد که کارخانه های داروسازی ترجیح میدهند تا حد امکان تحقیقات علمی را بدانشکده ها واگذار کنند زیرا همانطور که میدانید برای نتیجه گیری در یك کار تحقیقاتی به کادر ـ وسایل ـ مواد اولیه ـ آزمایش های مختلف بر روی حیوانات آزمایشگاهی و غیره احتیاج است که در دانشکده ها وجود دارد و برای یك کارخانه داروسازی از نظر مالی صرف نمی کند که اینهمه انرژی مصرف نماید و تازه جوابش نا معلوم باشد ولی برای دانشکده های داروسازی که جنبه علمی داشته و کادرها و وسایل را بهمین منظور جمع کرده و همیشه مراجعاتی از کارخانه های مختلف

داروسازی‌دارند با توجه به تجربیات علمی در طول کارهای تحقیقاتی ازهرجهت‌این امکان رادارندکه در کار تحقیقاتی نتیجه‌گیری سریعتری بعمل‌آورند. البته درمقابل هرکارتحقیقی، کارخانه نسبت‌بدانشکده ازنظر مالی‌تعهداتی دارد وپس‌ازنتیجه‌گیری نهائی نیز تعهد دیگری برتعهد قبلی‌اضافه میشود، این تعهدات که بیشتر بصورت اعتبار مالی‌است خارج از تعهداتی است‌که معمولا برای‌کمك‌های تحصیلی‌بدانشجویان و یا بصورت بورس‌های تحقیقاتی بکادرهای آموزشی می‌پردازند.

بالاخره درهمین‌کارهای تحقیقاتی در دانشکده‌ها ویا مراکز اختصاصی است‌که هرساله‌کشفیات‌جدیدی به عالم‌داروسازی‌عرضه‌میگردد واین‌کمك‌های‌دوجانبه صاحبان صنایع ازنظرمالی و دانشکده‌های داروسازی ازنظرعلمی است‌که داروسازی درایالات‌متحده‌آمریکا بچنین‌رشد ووسعت علمی‌رسیده است....

سئوالات پروفسور

دراین موقع پروفسورسئوالات مختلفی درباره وضع داروسازی ایران و آمارهای مربوطه مطرح کردندکه من بایشان پاسخ دادم‌وچون باکمال تاسف ما هنوز آمار دقیقی ازداروسازی‌کشور دریك مرجع صلاحیت‌داردولتی یا صنفی نداریم، بناچاربه حافظه‌ام مراجعه‌کرده وبا توجه باین امرکه مدت۷ سال‌دبیر جامعه‌داروسازان ایران‌بودم‌آماری دراختیارپروفسور گذاشتم‌که عیناً دراینجانقل‌می کنم‌وازتمام‌خوانندگان و همکاران تقاضا دارم درصورتیکه اطلاعات بیشتری‌در این زمینه دارند ویادرآماری‌که در زیراشاره خواهد شدنقایصی‌دیدندویاآمار تکمیلی میتوانند بدهندبرای ما بفرستند تا همانطورکه به پروفسورقول‌داده‌ام طی نامه‌ای آمارکامل و صحیحتری در اختیارشان گذاشته باشم.

آماری‌که من دراختیارپروفسور گذاشته‌ام بشرح زیر بود.

۱ـ تعداد کل داروسازان ایران : ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر

۲ـ تعداد داروخانه‌های‌تهران : ۵۰۰ داروخانه

۳ـ تعدادکل‌داروخانه‌های‌ایراندرحدود: ۱۰۰۰ داروخانه

۴ـ تعداد داروسازان مقیم مرکز در حدود : ۱۰۰۰ نفر

۵ـ اعضاء رسمی جامعه داروسازان ایران : ۷۵۰ نفر

۶ـ تعداد دانشکده های داروسازی ایران : ۳ دانشکده (درآینده‌نزدیك باتاسیس‌دانشکده‌داروسازی در مشهد به عدد ۴ خواهد رسید).

۷ـ تعدادکارخانه داروسازی باسرمایه ایرانی : ۸۰ کارخانه

۸ـ تعداد کارخانه داروسازی تحت لیسانس : ۲۰ کارخانه

۹ـ میزان‌همکاری‌موسسات دولتی‌باجوامع‌صنفی: وزارت بهداری با جامعه داروسازان ایران همکاری دارد ولی این همکاری درحد افتتاح یك داروخانه و اظهار نظردرباره مسئول‌آن است و هنوزآن میزان که درآمریکا معمول‌است وجود ندارد.

۱۰ـ میزان همکاری دانشکده‌های داروسازی با هم: همانطورکه قبلا گفتم فقط شورای‌هم‌آهنگی در چندسال پیش‌در وزارت علوم بوجودآمده وآنهم‌عملا یك‌باروچند جلسه بوده ولی امیداست درآینده این همکاری بطور وسیع بوجودآید.

۱۱ـ میزان همکاری دانشکده‌های داروسازی با جوامع صنفی : دانشکده داروسازی تهران‌کم وبیش باصنایع داروسازی (باسرمایه ایران‌یاتحت لیسانس) تماس دارد ولی همکاری در مراحل‌بسیاراولیه است و مسلماً باید گسترش بیشتری پیداکند خصوصاً نمونه همکاری‌که درایالات متحده‌معمول‌است‌وشمابسیارخوب تشریح کرده‌اید میتواند برای ماسرمشقی باشد.

۱۲ـ میزان‌همکاری‌جوامع‌صنفی‌وصاحبان‌صنایع: متاسفانه دراین مورد هم درمراحل‌بسیاراولیه هستیم.

* * *

تشکرازپروفسورو....

ازپروفسور بخاطرعلاقه‌ای‌که دراین گفت وشنود

نشان دادصمیمانه تشکر کردم و آرزوی خودرا که دیدار مجددایشان در تهران باشد یادآور شدم تا بدین ترتیب از تجربیات گرانبهای ایشان حداکثر استفاده را بنمائیم پروفسورهم متقابلا از آماری که دراختیارش گذاشتم تشکر کرد (آنطور که فهمیدم در مراجعه بافراد جواب درستی دریافت نداشتند البته من متذکر شدم که ممکن است بعضی ازاین آمارها واظهار نظرها دقیق نباشد و با دریافت آدرس پروفسور قول دادم که در آینده مکاتبه کنم و آماری دقیقتر دراختیار ایشان بگذارم) محیط صمیمانه ای بود وپس ازچندساعت من کوچکترین آثار خستگی در پروفسور ندیدم احساس می کردم بکار و بحرفه خود عشق میورزد و اگر بتواند حتی یك قدم مثبت در جهت راهنمائی ما بردارد عمیقاً خوشحال خواهدشد. اودلش میخواست تمام ساعات ودقایق را دراختیار کادرها باشد از او سؤال کنند واوجواب دهد، اومایل بود که وجودش درطول اقامت برای دانشکده مثمر ثمری باشد ودراودنیائی از عاطفه وانسانیت دیدم خنده اش بی ریا ونگاهش بسیار صمیمانه بود...

نتیجه

نمیدانم **پروفسورهگر** گزارشی برئیس دانشگاه تهران ویا رئیس دانشکده داروسازی داده؟ واگر هم داده (که مسلماً بایدداده باشد) ازمتن آن اطلاعی ندارم ولی فکر می کنم این «گفت وشنود» خود میتواند گزارش گویائی برای یك نتیجه گیری صحیح از مسافرت پروفسور به تهران برای اظهار نظر درباره دانشکده داروسازی تهران و شکل کار حال و آینده ما ، باشد.

اگر هدف دانشگاه از این دعوت استفاده از تجربیات یك شخصیت بزرگ داروسازی برای پی ریزی یك شکل کار صحیح جهت آینده بود، فکر می کنم باین هدف خود رسیده است واکنون وظیفه دانشکده های داروسازی وخصوصا رئیس جوان و پرتوان دانشکده داروسازی تهران است که ازاین ایده ها الهام بگیرد ودر راهی که باید، گام بردارد. دانشکده های داروسازی اصفهان وتبریز وهمچنین جامعه داروسازان وسندیکای مراکز تولیدی یعنی کارخانه های داروسازی هم وظیفه دارند دراین همگامی نقش مؤثر خودرا نشان دهند تا بتوانیم تمام جوامع داروسازی را بطرف یك کار فعال وپرثمر بکشانیم واعتبار داروسازی را درمیهن خود، بمرحله ای که شایسته مقام علمی وجهانی آنست، برسانیم.

دکتر عبدربانی

چند توضیح درباره سرمقاله شماره گذشته

- دوست وهمکارعزیزم آقای دکتر رهگذر رئیس اداره آموزش دانشکده داروسازی تهران پس ازانتشار شماره گذشته ازمن گله کردند که گفته ایشان را بدرستی نقل نکرده ام ایشان اظهارداشتند که نگفته اند: «دانشکده در بوجودآوردن برنامه لیسانس نقشی نداشته» بلکه گفته اند: «رئیس اداره آموزش (یعنی خودشان) در بوجود آوردن برنامه لیسانس نقشی نداشته اند»....
که بدینوسیله ضمن اظهار تاسف باعرض معذرت تصیحح میشود

- متأسفانه با تمام توجه توام با وسواسی که داشتم در سرمقاله شماره گذشته درذکر اسامی کادرهای آموزشی رشته داروسازی جالینوسی وصنعتی، نام آقای دکتر رهگذر را فراموش کردم که بدینوسیله تصحیح میشود . ازاینکه دریك مقاله دوبار در مورد یك همکار اشتباه کردم ، متاسفم ولی صادقانه میگویم که نظری نداشتم .

- یکبار دیگرمتذکرمیشوم که بهیچوجه ادعا ندارم نوشته هایم بدون نقص است. البته کوشش می کنم که قبل ازهر نوشته ای مشورت لازم وکافی بعمل آورم ولی بازهم امکان اشتباه همیشه موجود است وفقط تذکر شفاهی- کتبی ویاحتی تلفنی همکاران میتواند هراشتباهی را اصلاح نماید. امیدوارم روش گذشته وآینده مجله نشان دهنده این امر باشد که نظرات شخصی ویا هدف های شخصی هیچوقت مطرح نبوده و نخواهد بود....

از: دکتر موسی برال

استاد دانشکده داروسازی تهران

سخنی چند در پیرامون

سی و یکمین کنگره بین المللی علوم داروئی

پیشنهاد: تشکیل مجمعی برای جلوگیری از مصرف روزافزون دارو



این کنگره از تاریخ ۱۶ شهریور تا ۲۲ شهریور ۱۳۵۰ در واشنگتن منعقد شد.

اولین مجمع بین المللی داروسازی در حدود ۶۰ سال قبل یعنی در ۱۹۱۲ در شهر لاهه تشکیل شد.

این سازمان تا مدت زمانی تنها مجمع و یگانه سازمان بین المللی علوم داروسازی بود و میتوان گفت از این تاریخ است که علوم داروئی از نظر علمی و عملی مورد توجه خاص داروسازان ـ شیمیست ها و بیوشیمیست‌ها قرار گرفت و بتدریج سازمانهای دیگری ازقبیل:

(Pan American Federation of Pharmacy and Biochemistry)

(Federation of Asian Pharmaceutical Association=FAPA)

بوجود آمده کنگره امسال یعنی سی و یکمین کنگره بین المللی داروئی که باشرکت بیش از ۱۲۰۰ نفر از ۴۰ کشور جهان در واشنگتن تشکیل شده بود، پیرامون موضوع های مختلف ازقبیل: اثر داروها ـ استروئیدها ـ مقررات داروئی ـ استانداردهای داروئی ـ گیاهان داروئی ـ سمیت داروها ـ داروهای سنتتیك وغیره بحث شد.

یکی از موضوع هائی که بیش از پیش قابل توجه میباشد موضوع ازدیاد روزافزون داروهای شیمیائی واختصاصی است که متأسفانه بعادت و یا بغلط برای مردم مصرف آن حکم نقل و نبات را پیدا کرده است.

موضوع فارماکومانی یعنی عشق وعلاقه و یا عادت بمصرف زیاد دارو و همچنین توکسیکومانی یعنی عادت باستعمال سم ازقبیل تریاك کوکائین ـ حشیش ـ ماری جوآنا وغیره بلائی است بزرگ که بخصوص درده اخیر دامنگیر بشریت بویژه نسل جوان شده است.

متاسفانه تعداد مبتلایان به فارماکومانی و توکسیکومانی باپیشرفت شیمی از یکطرف و تمدن از طرف دیگر روبافزایش است وحقیقتا باید این عادات رایك نوع بلای خانمان سوز برای جامعه بشری دانست.

نویسنده که مرتباً از ۱۹۵۶ دراین قبیل کنگره ها (علوم داروئی ـ مواد خوراکی و پزشکی) شرکت داشته بموقع نظرات خویش را دراین زمینه ابراز داشته است وامروزه سازمانهای مسئول و بین المللی مانند: سازمان بهداشت جهانی، سازمان خوراك و کشاورزی، یونسکو وغیره بیش از پیش به خطرات و اثرات سوء این داروها پی برده ومرتباً وهمه ساله تعدادی از آنها را ازفارماکوپه ها حذف نموده و آنها را از تراپوتیك خارج مینمایند.

فاجعه تالیدومید که بنام های تجارتی تالومید، سوفتون، کنترگان وغیره بعنوان داروی آرام بخش ساخته وتبلیغ ومصرف میشد و منجر به ناقص الخلقه شدن هزاران هزار نوزاد گشت هنوز از خاطره ها محو نشده است.

دکترمحمدحسین جزایری

مدیر داروخانه شبانه‌روزی دکترجزایری در اهواز

مجله محترم دارو پزشکی
با اجازه نظام پزشکی

این روزها بحث داغی هست بنام دارو. وچه الم‌شنگه‌ای. که همیشه هم دیده‌ایم کافی بوده یکی سرش را باز کند ودیگر وانفسا! هر کسی خودرا مجاز میبیند هرچه دلش خواست بگوید که این اواخر مثلا نماینده بارفروشان اهواز ازنابسامانی دارو گلایه فرموده بودند!!

واین سر نخ‌را جناب استاد دکتر صالح بدست ملت دادند که مردم دواها را مثل نخود وکشمش میل میفرمایند؟! وبعدهم باقی قضایا..

واین بنده‌هم که اهل مقاله نویسی نبودم تحت تأثیر این‌همه قیل ومقال هوای قلم کردم با اجازه بزرگترها چندخطی قلمی کردیم تا اگر بیازیمان گرفتند و چاپش زدند «هوی» باشد درمقابل آنهمه «های».

این بحث ما که دواها بی‌اثرند و دواها گرانندوداروخانه‌ها نادرستند وازخدا بیخبر و..... تازگی ندارد اما مگر این حرف‌ها برای تمام رشته‌ها نیست؟ مثلا زبانم‌لال برای پزشکی؟.

چندی پیش در یك نمایشنامه تلویزیونی بازیگر بیگناهی ضمن شیرینکاریها اشاره‌ای به اطبا نمود وفردای آنروز تیتر درشت روزنامه‌های یومیه همه پر بود ازسروصدای نظام‌پزشکی که چنین‌وچنانی‌هم که گفتید نیست‌وبایدعذرخواهی شود و.... خوب الحمداله جامعه اطبا سرو صورتی گرفته‌است واگر روزی روزگاری کسی

حساسیت که اکثرمردم کم وبیش بدان گرفتارند یکی‌از علل‌ونتایج رآکسیونهای این مواد داروئی‌در بدن میباشد.

البته واضح‌است که داروهای سنتتیك وشیمیائی که امروزه بی‌حد و حصر بدست بشرساخته میشود نمیتوانند بی‌خطر باشند چه دقت وفرصت‌کافی برای‌بدست‌آوردن نتیجه واثرات سوءآن‌در بدن دردست‌ما نیست یعنی برای آنکه‌ما حقیقتاً بدانیم آیا داروئی دارائی سمیت نیست اولاباید روی انسان امتحان شود ونه‌حیوان‌آنهم روی ده‌ها‌بلکه صدها نوع‌انسان‌امتحان نمودچه بطوریکه میدانیم‌ما انواع بیماران داریم نه انواع بیماری درسمیت‌ودرصدق عرایض‌بالاهمینقدر بس که امروزه‌داروهائی که ده‌ها سال مورد تجویز واعتماد بوده‌وازداروهای کلاسیك ومفید متداول بشمارمیرفت مانند: فناستین وسولفاگوانیدین آنها رااازفارماکوپه‌ها وتراپوتیك خارج‌ساخته ومیسازند.

امروزه درپایتخت‌های مهم کشورهای پیشرفته مجامعی برای جلوگیری ازمصرف روز افزون دارو تشکیل شده که بجا است درایران نیزهرچه زودتر چنین مجمعی رسما بوجودآید.

من‌باب‌مثال برای نشان دادن‌مصرف زیاددارو دردنیاکافی است بدانیم که مثلا درکشورسویس روزانه دویست هزار نفربرای خرید دارو به داروخانه مراجعه میکنند.

اینجانب همیشه معتقد بوده وهست که:

دارو غذا نیست، اگرهم سم‌نباشد، اقلا دارواست.

عقیده‌وآرزوی نویسنده آنست که اولا باید تعداد داروها بحد اقل محدود بشود ثانیاً دارو باید جنبه تجارتی خودرا بکلی ازدست بدهد وفقط اقلام‌بسیارلازم ومفیدآنها دردست مؤسسات‌بهداشتی وبین‌المللی قرار گیردتا آنهم‌عنداللزوم وبطوررایگان‌مثل‌واکسیناسیون وباویا تلقیح آبله تجویز گردد

حرف ناحسابی بزند نظام پزشکی هست و وادارش میکند حرفش را پس بگیرد والبته همین نظام پزشکی که «بالای چشمت ابرو» است را نمیتواند تحمل کند هر روز در نشریات یومیه کلی دستورات بلندبالا که هیچ اربابی بنوکرش نمیدهد به این داروسازان بخت برگشته که گوئی برای فرمانبرداری حضرات درست شده‌اند حواله میفرمایند.

واما! داروسازی که، از دیرباز رشته‌ای بوده است متکی برعلم وهنر. وداروساز نیز همانند دیگر همکاران پزشك پیشه خود میبایست پایه‌های کارخود را برمبنای شرافت استوار سازد ویقیق است بحرمت امضائی که در پای سوگندنامه خویش قلم‌زده ازراه انسانی بدر نخواهد رفت واگر رفت منحط است ومحکوم که این نیز تازگی ندارد ودرهمه مشاغل هست.

اما از اقلیت انگشت‌شمار که بگذریم باید گفت که اصولا کارپزشك ودارو و روابط آن با بیمار باید براساس اطمینان متقابل باشد و بدیهی است که این اطمینان حاصل نخواهد شد مگر با کمك‌های اصولی دستگاه بهداری ومردم.

واما آخرین قسمت تراژدی در داروخانه؟ یاجائیکه داروی تهیه شده از هرگوشه دنیا وبهرصورت به بیمار تحویل داده میشود. مطابق قوانین هرداروخانه‌ای در تمام ساعات مفتوح باید زیر نظر دکتر داروساز اداره شود ونسخه‌ها نیز باید توسط همان دکتر داروساز کنترل و به دست بیمار داده‌شود. واگر دکتر داروخانه مثلا برای یکساعت محل کارش را ترك میکند نباید ازداروخانه نسخه‌پیچی بشود البته اینها همه قوانین است وآنهاکه روزی نشسته‌اند واین قوانین را نوشته‌اند یقینا تنها منظورشان پر کردن کتاب قانون نبوده‌است!!.

بلکه باطمینان همین نوشته حیات انسانها را بدست دکه‌ای بنام داروخانه سپرده‌اند وهرگز اجازه نداده‌اند و مثلا نگفته‌اند که خوب اگر دکترداروسازهم نبود اشکالی ندارد پادوهای ایشان همه درحکم دکترند ومیتوانند کارمردم را راه بیندازند.

اما حالا که اینطوری نیست وبلکه هرکس ازراه برسد میتواند داروخانه‌ای باز کند و برای خالی نبودن عریضه دکتری هم استخدام کند که هفته‌ای دوسه ساعت بآنجاسر کشی کند ونتیجه این شده است که داروخانه چیزی بشود درردیف بقالی!! وبرای داروخانه‌چی غیرمجاز که هدفی جز سوداگری نیست ومسئولیتی دراین میان ندارد چه تفاوت که خریدارش کیست وکالائی که عرضه میکند چگونه وازهمه بالاتر اینکه دراین فن آگاهی ندارد وتاجری است خواهان سودی بیشتر واینجا است که جان افراد به مخاطره میافتد وبسا اتفاقات ناگوار نیز که ماشاهد بوده‌ایم اما عیب کار کجاست وچرا این عیب‌را که مسئولین هم‌میدانند برطرف نمیکنند؟ معلوم نیست.

مثل این است که بگویند از فردا این آقایانی که درمطب دکترها نمره‌میدهند حق دارند بیماران‌را معاینه کنند یا مثلا بگویند هر کسی حق دارد مطب دندانپزشکی افتتاح کند اما باید دکتر هم استخدام کند و.... ببینید چه محشری میشود. وحالا پیشنهادی به نظام پزشکی که بحمداله قدرت هم‌دارد.

بیائید نظامنامه داروسازی را هم جزو نظام‌پزشکی کنید ودکتر داروسازراهم که تصور میکنم ازهمکاران خودشماست به‌همکاری بپذیرید درردیف مطب وآنقدر سخت گیری کنید تا همه قوانین مربوط به داروخانه اجراشود.

درآنصورت خواهیدید که اگر نه‌همه بلکه قسمت‌اعظم امورداروئی مملکت حل خواهد شد چراکه حرفه داروسازی از آن‌داروسازاست و حفظ شرافت این حرفه نیز بعهده‌او.

اما اگر نتوانستید اینکار را انجام دهید لااقل شما را بخدا اینقدرچپ وراست‌دستورات جدید صادر نفرمائید آنهم با این لحن‌های دلفریب. چراکه اگر بفرض‌من‌داروساز بحرفتان گوش کردم مثلا دارو ئی بدون نسخه ندادم آنوقت مریض از داروخانه مقابل که روزی شاگردخود من بوده داروراخواهد خرید و تصوری برایش نمی‌ماندجز اینکه من ازراه بیسوادی عاجز ازدادن دارو بوده‌ام وبس.

باتقدیم احترام - دکترمحمدحسین جزایری

دکتر عبدالخالق جورابچی

مسئول اداره نظارت برمواد خوردنی وبهداشتی استان چهارم

در پاسخ مقاله یکی از همکاران

همکار ارجمند جناب آقای دکتر عبدربانی

« مجله ماهانه رامین درشماره ۱۴۳ صفحه ۴۳ خود اقدام به درج »
« مقاله‌ای از آقای دکتر حسین نیلی مدیر مسئول داروخانه »
« حشمتیه نموده که گویا ازطرف گروه تکنیسین‌های داروساز!! »
« « شاید منظورشان گروه پراتیکی باشد» به دفتر مجله ارسال »
« گردیده. باتوجه به مطالب غیرمنطقی و استدلال عوام‌فریبانه »
« وجملات توهین‌آمیز نسبت به جامعه داروسازان کشور انتظار »
« دارد متن مقاله ضمیمه را جهت اطلاع همکاران وآگاهی و »
« قضاوت خوانندگان عزیز در مجله ماهانه داروپزشکی منتشر »
« فرمائید. قبلا ازهمکاری جنابعالی سپاسگزارم. »
« **رضائیه ـ دکتر عبدالخالق جورابچی** »
« رونوشت جهت اطلاع ودرج درمجله ماهانه رامین جناب آقای دکتر طراز »

جناب آقای دکتر نیلی، گواینکه مدتی است که ازجاروجنجال صنف دارو فروش کنار رفته ولی هرگز نتوانسته‌ام خودرا فراموش کنم وعلاقه و وابستگی خود را به جامعه داروسازان کشور نادیده بگیرم.

مطالعه نوشتجات جنابعالی درمجله رامین بشدت مرا متأثر نمود. مطالب غیرمنطقی د ر لفافه نوع‌پرستی ودلسوزی بسیار مغرضانه و توهین آمیز نسبت به جامعه داروسازان کشور بیان شده، که بنظر من نمیبایست نوشته ودرج میشد، بطورحتم هیئت‌مدیره جامعه داروسازن که یقیناً مورد تائید اکثریت همکاران درهرمقام ومنزلتی است بنوبه خود جواب منطقی و شایسته ولازم را خواهندداد.

باوجود این شخصاً مایلم بعنوان یك داروسازغیر متعهد با توجه به‌تجارب وعقایدنظرات شخصی‌مطالبی رابعرض برسانم.

اول باید فهمید که تکنیسین‌ها چه افرادی هستند چه تحصیلاتی‌دارند وباستناد کدام مدرك علمی‌وقانونی درپست‌های ثابت سازمانی مسئولیت های مشخصی را بعهده خواهند گرفت؟

تاآنجاکه من اطلاع دارم تکنیسین‌های حقیقی افرادی‌هستند که‌دریك رشته‌معین به تحصیل‌وکارآموزی پرداخته ودارای مدرك تکنیسینی‌می‌باشند. پست سازمانی این افراد درهرسازمانی معین ومشخص‌بوده وهمواره تحت نظر کارشناس یا تکنولوژیست مربوطه انجام وظیفه مینمایند. این گروه برای هر سازمان اداری یابخش‌خصوصی ارزش فراوان ومنزلتی شایان دارند ودرحال‌حاضر باتوجه به نیازوافر به این‌طبقه بسیاری از سازمانهای کشوری با همکاری دانشگاه‌های کشور اقدام به تاسیس دوره های دو ساله تربیت تکنیسین‌ها نموده‌اند که تمام‌کسانیکه دارای‌مدرك دیپلم باشند پس‌ازموفقیت درکنکور رشته مربوطه و گذراندن دوره فوق باخذ مدرك فوق دیپلم وعنوان تکنیسین‌نائل‌خواهندآمد. مانند رشته‌های: بهداشت محیط ـ علوم آزمایشگاهی ـ داروسازی ـ دامپزشکی

برق ـ مکانیك ـ نقشه برداری وغیره...

حال نمی‌دانم آیا گروهی را که جناب آقای دکتر نیلی پرچمدارشان شده ازتکنیسین‌های فوق می‌باشند یاخیر؟ یقین‌دارم که گروه تکنیسین‌های راستین مورد احترام‌وتأیید کلیه همکاران داروسازمن‌هستند وبه‌حق باید مقام‌خودشان‌رادرجامعه داروسازان ایران‌حفظ و حراست نمایند.

منتهی اگرمنظور یکعده پادوهای داروخانه و عطاران سابق‌است که بمرورزمان‌وازروی تجربه‌وشکل وفورم ظاهر اقدام به اداره داروخانه و نسخه پیچی‌و داروفروشی‌مینمایند باید اعتراف نمودکه جای نهایت تأسف است. اصولا اینها را با جامعه داروسازان چه ارتباطی است؟

روی‌چه‌اصل ومنطق وباستناد کدام یك‌ازمقررات قانونی وصنفی‌شاگرد داروخانه‌باید همکاروهم حقوق وهم‌ردیف استادش باشد. مگر در جامعه پزشکان‌و دندانپزشکان، واکسیناتور وپیشخدمت‌مطب‌یا بهیاران که‌همگی بامریض‌ودرمان وتأمین بهداشت جامعه‌رابطه دارند حق عضویت ومداخله دارند؟

امادرمورد گروه‌پراتیکی‌ها که وارثان‌اجدادعطار خودمی‌باشند وبه اقتضای شرایط زمان ومکان‌تابدانجا پیشرفته‌اند که سروسامانی‌به محل کسب‌خود داده و در امرطبابت وتجویزدارو ونسخه‌پیچی‌دخالت‌نمایند. با توجه به احترام وحفظ شخصیت‌انسانی‌واجتماعیش‌باید دیدکه‌ازاین گروه‌محترم وجاافتاده که موی‌سرشان‌در این‌کارسفیدشده‌چه می‌دانند وآیادرکشورمامنحصرند؟

این تیپ دو امتیاز بزرگ دارند. یکی آنکه راحت نسخه‌ها رامی‌خوانند. دوم خیلی خوب قیمت داروها راحفظ‌اند. اما مسئله‌اساسی این گروه‌عادت و انس گرفتن به‌کاراست.

امثال این‌نوع‌پراتیکی‌ها درسایر رشته‌ها فراوان است مانند: کشاورزان، کارگران ساختمانهاوبناها ـ کارگران‌فنی راه سازی‌ـ معماران‌ـ پزشکیاران‌ـ ماماهای روستائی ومحلی وغیره...

که هرکدام درکارمربوط بخوددارای تجارب و اطلاعات وکاردانی‌هائی می‌باشند‌که همواره بایدتحت نظرورهبری‌کارشناسان و تکنولوژیست‌ها یا مهندسین مربوطه انجام‌وظیفه‌نمایند.

من فکرمی کنم‌تمام همکارانم‌بامن هم‌عقیده‌باشند که این اقلیت را بهیچوجه نبایدکنار گذاشت و باید ازوجودشان در داروخانه‌ها استفاده نمود. البته نه بفورم فعلی بلکه‌کاملاتحت نظرداروسازان واین گروه هرگز نباید انتظارداشته باشندکه جای‌داروسازان‌را اشغال نموده وبه حق قانونی ومقام علمی‌آنها تجاوز نمایند.

موضوع مهم‌وبسیارحساس‌مشارکت واجازه‌سرمایه گذاری این گروه پراتیکی یا سرمایه‌داران است‌که اساس بسیاری ازاختلافات‌موجود و وضع آشفته بازار داروئی‌وداروخانه‌ها است.

اولیاء امور باید آگاه ومطمئن باشندکه اجازه فعالیت، مشارکت وسرمایه‌گذاری به افرادغیرمسئول وضع‌درمانی و داروئی کشور را بطور جدی بمخاطره انداخته‌ومانع‌بزرگی‌برای‌فعالیت امیدبخش‌داروسازان ودانشجویان علوم‌داروئی‌دررشته‌مربوطه است. وزارت بهداری‌وجامعه‌داروسازان کشورباید برای دانشجویان وفارغ‌التحصیلان دانشکده‌های‌داروسازی وعلوم‌داروئی پست‌های سازمانی معین ومشخص و تضمین‌شده ایجاد نمایند. تشکیل‌صندوق‌تعاون‌داروسازان ـ تخصیص‌وامهای طویل‌المدت بابهره مناسب ازطرف‌بانکها یاوزارت بهداری به فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های علوم‌داروئی برای‌تاسیس‌داروخانه بایدمورد بررسی قرار گیرد. جلوگیری‌ازورودوعرضه‌داروهای‌مشابه، محدودنمودن ارقام داروئی از اقدامات سودمندی است که دو نتیجه مثبت‌ورضایت‌بخش‌بهمراه‌دارد. اول کاهش‌سرمایه گذاری دوم بهبود وضع آشفته داروئی.

درحال حاضر دربازار داروئی از ارقامی نظیر ـ تتراسیکلن ـ کلرامفنیکل ـ شربت‌های ضدسرفه ـ داروهای مسکن ـ آنتی‌بیوتیکهای گروه پنی‌سیلین. آرام‌بخشها وتعدادکثیری ازداروهای دیگرازهرکدام‌دهها نوع با مارك مختلف وجود داردکه دربعضی موارد قیمت‌ها با هم خیلی‌اختلاف دارند.

لازم‌است‌سئوال‌شودآیابین‌چندین‌نوع کلرامفنیکل یاتتراسیکلین موجود چه‌اختلافی ممکن است موجود باشدکه به‌همگی اجازه فعالیت داده‌اندوچرابین‌مثلا ده‌نوع تتراسیکلین دونوع راکه هم‌ارزش‌داروئی آنها

مورد تأیید مقامات صلاحیت‌دار است و هم قیمت مناسبی دارند انتخاب نمی گردد؟

واین عمل را چنانکه درمورد سایر ارقام داروئی اجرا نمایند بطورحتم ازاین آشفتگی موجود بمقدار زیادی جلوگیری خواهد شدو راه را برای فعالیت داروسازان هموار می‌سازد و در چنین شرایطی امکان تأسیس داروخانه برای فارغ‌التحصیلان علوم داروئی در نقاط مختلف کشور براحتی مقدورخواهد بود.

اگر هدف وزارت بهداری از اجرای آئین‌نامه جدید داروسازان امکان تاسیس داروخانه های بیشتر بکمك سرمایه‌داران ومدرك فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های علوم داروئی است، بایداعتراف نمود که این طرح نه تنها مشکلی راحل نخواهدکرد بلکه راه برای دخالت افرادغیرمجازدیگر بازخواهد کرد.

زیرا عملا دیده شده که داروسازیا باید اجیر و محکوم سرمایه‌دار باشد یا حاملی برای ادامه خلاف کاریهای صاحب داروخانه. مسئولین محترم وزارت بهداری باید مطمئن باشند که مقررات آئین‌نامه‌جدید داروخانه‌ها در ۹۷ درصد داروخانه‌های متعلق به پراتیکی‌ها یا سرمایه‌داران غیرقابل اجراست. غیراز معدودی انگشت شمار ازداروخانه‌های کشور نظیر تخت جمشید تهران که یقیناً درسرتاسر ایران تعدادشان به ده‌عدد نمی‌رسد بقیه آنها که بوسیله سرمایه داران و پراتیکی‌ها اداره میشوند درغیاب مسئول فنی نه‌تنها به کارنسخه‌پیچی می‌پردازند بلکه اقدام به تجویز دارو وطبابت نیزمینمایند. کدام پراتیکی درغیاب مسئول فنی درب‌داروخانه رابسته یابانصب تابلوی نسخه‌پیچی تعطیل! ازدادن نسخه حتی‌یك تومانی صرفنظر میکند؟ واقعیت انکارناپذیراین‌است که تاداروسازصاحب حقیقی داروخانه نباشد وضع بهمین منوال خواهدماند.

اگر این مقررات وآئین‌نامه برای افتتاح چند دراگستور «داروخانه‌دار» یا داروخانه بزرگ و پرفروشی‌مفید وسودمند بوده درعوض برای ۹۸ درصد موارد داروخانه‌های کشورغیر عملی است و تا بحال نتوانسته مشکل‌داروسازان‌ودانشجویان‌علوم داروئی راحل نماید. معدودی معتقدندکه با وجود داروهای اسپسیالیته واز بین رفتن نسخه‌های ترکیبی دیگر احتیاجی به‌تخصص نیست وهر کسی‌مقداری حروف‌لاتین بلد باشد براحتی می‌تواند نسخه‌ای را آماده نماید. دراینصورت باید درب دانشکده های علوم داروئی‌را را بست‌یاشغل‌سازمانی دیگری رابرای‌فارغ‌التحصیلان این رشته پیش‌بینی نمود.

اگر نسخه پیچی‌واداره داروخانه فقط خواندن نسخه‌ومطابقت آن‌باشکل‌ونوشته جعبه‌دارو و قیمت ـ گذاری است بنابراین باید به‌تمام سوپرها، فروشگاه‌ها وعطاران وبقال‌سر کوچه وگذراجازه‌داده شودکه برای رفاه حال مریض ومردم اقدام به فروش دارو نمایند. شخصاً تابحال با داروخانه‌های‌زیادی‌در نقاط مختلف کشور همکاری داشته‌ام از داروخانه‌های کوچك گرفته تا عظیم‌ترین‌وپرفروش‌ترین‌آنها و در اینمدت شاگرد داروخانه های بسیاری را دیده‌ام که باچندکلاس ابتدائی و یکی دو سال‌کار بقدری خوب نسخه‌های‌خطمورچه‌ای‌راتفسیروقیمت گذاری‌میکردند که موجب حیرت مشتریان ظاهربین میشدند بهرحال تربیت‌وآماده نمودن این قبیل افرادنسخه‌خوان‌برای اداره درآگستورها وسوپرهای داروخانه‌دارکار بسیار ساده‌ایست. ولی‌موضوع به‌همین جاخاتمه‌پیدا نمیکند وبرای نسخه پیچ آگاهی و شناخت اثرات داروئی ـ خواص فارماکودینامیکی‌دارو ـ دوزخوراکی ـ دوزمهلك تضاد وتجانس‌داروئی‌وتأثیرات‌فیزیکی‌و شیمیائی‌محیط برداروها و کنترل لغزش احتمالی طبیب دربین‌است. دراینصورت‌به استنادکدام معلومات‌علمی وفنی‌ومطابق کدام‌یك‌ازمقررات‌قانونی‌باید‌به‌هرشاگرد داروخانه‌ای اجازه مداخله‌داد؟

عدم اطلاع از فارماکولوژی ـ شیمی داروئی و بیوشیمی نزد پراتیکی‌های موسفیدبقدری مشخص‌است که چنانکه اهل فن‌مختصری باآنها وارد بحث شود براحتی به عدم آگاهی آنهاپی خواهد برد. خاطرم هست روزی پسر محصلی‌که تابستانها داروخانه کار میکرد ازانبارداروخانه مراجعه نمود و گفت عموبسته لاکتوز را پیدانمودم فلان جا بود، بعداً سئوال نمود عمولاکتوزچیست‌وچه مصرفی دارد؟ عموش جواب داد لاکتوز شیرین است‌ودرنسخه‌هابکارمیرود. برادرزاده دوباره سئوال‌نمود ازچه مادهٔ‌تهیه شده وبرای چه‌نوع

بقلم : والترفرويليش

ازمنابع ايالات متحده امريكا (مخصوص دارو پزشكى)

خودكشى

بصورت يك «ناخوشى قابل پيشگيرى» درآمده است

۲۵۰ مركز جلوگيرى ازخودكشى درآمريكا

هرروز هزاران تن ازافرادبشر درسراسرجهان دارفانى‌را وداع ميكويند ولى مرگ روزى بيش‌ازهزار تن ازآنان در اثر حوادث وسوانح‌است و نه به علت ميكرب و بيمارى، بلكه اين‌عده شخصا به‌حيات‌خويش پايان‌ميبخشند و به‌عبارت‌ديگر دست به‌خودكشى‌ميزنند.

علم امروز براى اغلب امراض وعوارض به چاره‌انديشى پرداخته و به شيوه‌هائى براى جلوگيرى و يا درمان‌آنها دست‌يافته است‌ولى‌مسئله خودكشى كماكان لاينحل مانده وراه پيشگيرى از مبـادرت به‌آن‌بدست نيامده‌است .

ازعلل‌عمده اهمال وغفلتى‌كه در اين‌زمينه وجود داشته همانا رويه عمومى نسبت به مرگ وميرناشى‌از خودكشى‌بوده است . زيرا جوامع مختلف بشرى بر حسب مقتضيات فرهنگى خويش‌خودكشى‌را به طرقى متفاوت تعبير كرده‌اند. برخى‌آن را تامرحله شهامت وقهرمانى‌بالابرده وبعضى نيزجزجبن‌وترس‌علتى‌ديگر براى‌آن نشناخته‌اند وحتى شخصى را كه مبادرت به خودكشى‌نموده مجرم وعامى شمرده‌اند.

باوصف اين دانشمندان امروز صرف‌نظر ازعقايد شرعـى وعرفـى در ايـن‌بـاره به تحقيقاتى‌دامنه‌دار پرداخته‌اند تاموجباب ارتكات‌بشررا به‌نابودى عمدى خويش‌كشف‌نمايند وعلل‌آن رابطرزى اصولى ومنطقى مورد تجزيه وتحليل قراردهند.

بدين ترتيب رشته پژوهش جديدى به دانش‌بشر معاصرافزوده شده‌كه «سويسيدولوژى» ويا«خودكشى شناسى» خوانده ميشود.

درسال ۱۹۵۸ فقط سه « مركز جلوگيرى از خودكشى »درسراسرايالات‌متحده‌آمريكاوجود داشت در صورتيكه امروز آن كشور داراى‌۲۵۰ مركز جلوگيرى ازخودكشى است بطوريكه در هـرمركز عمده جمعيت، لااقل‌يكى‌ازاين‌قبيل‌مراكز تاسيس گشته است.

علاوه براين تعداد۲۵۰«خطداغ» خودكشى در آمريكا ايجاد شده‌كه عبارت از تلفن‌هائى است ك

بيمارى مصرف دارد عمومقدارى‌سكوت نمود وجواب داداين‌مخلوطى‌است ازگردشيروشكر كه براى شيرين نمودن تركيبات تلخ‌بكارميبرند!! ازاين قبيل اظهار نظرها خيلى‌فراوان‌است. مسلما كوچكترين‌ايرادى‌از طرف من‌وهمكارانم‌برآنها نبايدواردآيد.چون حقيقتا ازآنها انتظارى جز خواندن نسخه و قيمت گذارى نبايد داشت.

مگرنه اين است‌كه دركشورما زارعين فراوانى وجوددارندكه نه تنهاموى‌سر بلكه موى‌ريش و سبيل خودرا دراين‌كارسفيدكرده‌اند ودر حد خود اطلاعاتى سطحى درموردكشت ـ ابيارى ـ آيش وزمين‌دارندآيا تا بحال وزارت كشاورزى يا وزارت علوم مدركى‌دال برتكنيسين‌كشاورزى يـا مهندس كشاورزى دراختيار آنهاگذاشته ؟ مگرتابحال‌دانشكده فنى‌ورشته‌هاى‌راه وساختمان به‌آن عده معماران ياشاگردان آنها كه سالهاى متمادى در اين امور فعاليت داشته‌اندگواهى مهندس راه وساختمان اعطانموده؟ مگرآنها در حرفه خودشان به اندازه يك شاگرد داروخانه يا پراتيكى تجربه ندارند ؟

هيچكس منكراين نيست‌كه اين گروه‌ها براى جامعه‌بسيارسودمندوفعالندولى‌هرگز نبايد اجازه دا بناحق ازحداطلاعات علمى‌وفنى خودتجاوزنموده ود كارها وظايف‌كارشناسان مربوطه دخالت نمايند. اگ تابحال نسبت‌به دخالت‌گروه پراتيكى‌ها و سرمايه گذاران در امور داروئى‌كشور گذشت واغماض شده دليل اين نيست‌كه گروه مذكورحق مشروع وقانونى دارند؛ بلكه بايد اقرار نمودكه پشتيبانانى قوى و نفوذ دارندكه‌موفق‌شده‌اندكتراى افتخارى‌داروساز بگيرندوحقوق‌حقه داروسازان را پايمال‌نمايند. بنظ مى‌رسد كه هدف اساسى جامعه داروسازان كشور باي پايان دادن به اين كمدى تراژدى باشد.

داوطلبان تعلیم یافته‌ای پشت آن‌مهیای کمك به افرادی که ازجان‌خودسیر شده باشند گوش به زنگ نشسته‌اند شماره تلفن‌های «خطداغ» موردتبلیغ‌شدید قرار گرفته وبین کلیه افراد جامعه منتشر گشته وپیشنهاد شده‌است که هر کس به‌فکر خودکشی افتادقبل‌ازمبادرت به‌آن به این شماره‌ها تلفن بزند.

حتی چه بسیار کسانی که‌دست به‌خودکشی زده و بعداً دراثر ندامت‌وحب‌جان به یکی ازاین شماره‌ها تلفن کرده وفوراً تحت‌معالجه قرار گرفته و ازمرگ نجات‌یافته‌اند.

ازجمله تجارب گرانبهائی که «مراکزجلوگیری ازخودکشی» وتلفن‌های «خط داغ» تاکنون بدست آورده‌اند اینست که فکرخودکشی هرگز ناگهانی به سر کسی نمیزند، بلکه افرادی که مایل بآن میگردند معمولاازمدت‌ها قبل‌دراین مورد به‌مطالعه می‌پردازند و به اصطلاح برای این کارنقشه میکشند. وقوف برهمین امر باعث‌شده که درموارد بیشماری ازخودکشی افراد جلوگیری بعمل آید

لذا کسانی که‌پشت تلفن‌های «خطداغ» نشسته‌اند همیشه منتظرشنیدن صدای زنگ وپاسخ‌دادن به «فریاد کمك» کسانی‌هستند که مایلنددشواریهای زندگی‌خود را باسایرین به میان گذارند وکسی‌باشد که‌به‌درددل آنان گوش دهدوآنهابتوانند به اوبگویند «به‌فریادم برس!» درنتیجه اگر کسی‌به این‌فریادهابرسد-همان طور که مراکزجلوگیری‌ازخودکشی به‌آن میرسند، بسیاری‌ازاین گرفتاری‌هاحل‌خواهدشد وازمرگ افراد بیشماری جلوگیری خواهد گشت - همانطورکه هر روز به‌کمك‌تلفن‌های‌خط داغ ومراکزجلوگیری از خودکشی میشود.

دکتر کالوین فردریك قائم مقام ریاست «مرکز مطالعه جلوگیری ازخودکشی» که درسال ۱۹۶۶از طرف «انستیتوی ملی‌روانی دولت ایالات متحده» در ۱۶ کیلومتری‌شمال واشنگتن‌پایتخت آمریکاتاسیس‌شده میباشد برآوردمیکند که هر سال بیش از ۵۰۰،۰۰۰ تن‌ازمردم جهان خودکشی‌میکنند.

وی معتقداست که به پزشکان باید تعلیمات‌خاصی داده‌شودتابتوانند به تمایلات خودکشی در افراد پی ببرند وآن را نیز بتوانند مانند علائم و عوارض بیماری تشخیص دهند وهمچنین برای آشنائی‌به طرز رفتارباچنین افرادی دوره‌هائی راطی‌نمایند.

درپاسخ به این سئوال که فنون جلوگیری از خودکشی تاچه اندازه‌قرین توفیق بوده است دکتر فردریك اظهارداشت که‌آمارموثقی که در این مورد به دست‌داریم‌فعلا ناچیزاست،ولی‌مرکزمطالعه‌جلوگیری ازخودکشی هم‌اکنون‌سرگرم‌جمع‌آوری‌چنین‌شواهدی میباشد.

معهذا وی‌خاطرنشان ساخت که «شواهدتواتری» بسیاری دردست است‌بدین معنی که «مراکزجلوگیری ازخودکشی» وتلفن‌های «خطداغ» دراثر برخورد با موارد عدیده و جمع‌آوری شرح ماجراهای مربوطه اطلاعاتی کسب نموده‌اند که درمواردمشابه‌درپیشگیری از وقوع خودکشی به‌آنان کمك‌های گرانبهائی خواهد نمود و موجبات و تسهیل و تسریع کار آنان را در کمك به اینقبیل افراد فراهم‌خواهدساخت.

پرونده‌هائی که در ۲۵۰دفتر تلفن‌های خطداغ و در ۲۵۰ مرکزجلوگیری از خودکشی موجوداست خودمدارك زنده وگویائی است که مطالعه‌آنها به امدادگران دریاری‌به افرادی‌که قصدخودکشی‌دارند وممانعت از پایان بخشیدن آنان به زندگی خویش کمکهای گرانبهائی‌میکنند.

بهرحال مراکز جلوگیری از خودکشی از بدو تاسیس‌تاکنون موفق گشته است‌تا نه تنهاجان بسیاری ازافرادرا نجات‌بخشد بلکه شوروشوق به‌زندگی‌و جنب‌وجوش رادرآنان برانگیزد وموانعی‌راکه‌موجب یاس وحرمان آنان گشته بوداز سر راهشان بر طرف سازدوبدین ترتیب‌حیات‌آنان رابراساس مبانی‌مطمئن ومحکمی‌پی‌ریزی‌نماید.

بدین ترتیب کسانی که دراثر ایجاداین‌مراکز ازمرگ نجات یافته‌اندتعادل هیجانی خودرا نیز در اثرمساعی متصدیان‌اینقبیل مراکز بازیافته وزندگی وفعالیت رابادلگرمی ازسر گرفته‌اند.

این ضوابط نمودار بارزی‌است مبنی بر اینکه خودکشی بصورت یك‌ناخوشی قابل پیشگیری‌درآمده ویا اینکه‌لااقل‌آن رامیتوان به‌تدابیری خاص به‌صورت یك‌ناخوشی‌قابل‌پیشگیری درآوردوهرسال بدین‌ترتیب جان تعدادبسیاری ازافرادبشررا ازمرگ‌نجات‌داد.

داستانی از: یوگنی توروفسکی

بیا از دست سکته قلبی فرار کنیم!

پزشك، بعدازمعاینه، بمن گفت: ــ بله، وضع شما تعریفی ندارد. سکته‌قلبی درسن‌هفتادودوسالگی‌شوخی نیست، قبلا حادثه‌ای، چیزی برای شما اتفاق‌افتاد؟

ــ دکترجان، سخت تهییج‌شده بودم.

ــ چرا؟

ــ ...شماپریروز در دو امدادی چهار صدمتر شرکت‌کرده بودید. من دراین‌مسابقه تماشاچی بودم برای‌خاطرشما بهیجان‌آمدم‌و حالاخدمتتان هستم...

پزشك جوان‌که هیکل یك ورزشکارتمام عیار را داشت ازفرط لذت سرخ شد ودستی به دست من زده گفت:

ــ عیبی نداردپدر! من شمارا معالجه میکنم! طب‌هنوز سخن قطعی خودش را نگفته است شنیده‌اید میگویند «بیا از دست سکته قلبی فرارکنیم»؟ پس نشنیده‌اید؟ خیلی خوب، مدت‌لازم استراحت کنید، بعد شروع به‌دویدن میکنیم.

موقعیکه من‌برای اولین بار باالباس آبی‌رنگ ورزشی درخیابان‌آفتابی شدم سرووضعم واقعاً تعریفی نداشت. دکترم بمن‌گفت: «بدوید»و کرونومتررا بکار انداخت. من باسرعتی نزدیك ۱۰ متردرساعت شروع به دویدن کردم وازتمام اشیاء بی‌حرکت جلوافتادم!

آدم‌های سالم‌وقوی هیکل‌ازکنارمن میگذشتند و یکی ازآنها باتمسخرسوال کردکه نباشدبا این‌سرعت دارم به‌قبرستان میروم! ازآن‌پس‌من هرروز میدویدم و دکتر من‌هرروز باکرونومتر دنبال‌من راه میافتاد و روزبروز خبرخوش‌تری بمن‌میداد. بزودی موفق شدم ازهمه آدمهای علیل وبازنشسته محله‌مان جلو بیافتم. بعدازتمام خانمهائی که‌کفش پاشنه باریك بپامیکردند وازتمام بروبچه‌هائیکه کمترازپنج سال داشتند جلو می افتادم. سرانجام توفیق‌یافتم همپای‌آدم‌های سالم‌و قوی‌هیکل بدوم وآنهادیگر بریش‌من نمیخندیدند.

دکترمن دستهایش را بهم میسائیدومیگفت: ــ صبر کن‌پدر. کاری‌میکنم‌که فرداپس‌فردا عضوتیم‌ملی بشوی ودردو امدادی‌چهارصدمتر شرکت‌کنی. فقط باید کمی صبرکنی تاصدمتر راظرف ۱۰ ثانیه‌بدوی!

بالاخره‌آن روز موعد فرا رسید. تریبون‌های ورزشگاه مملو ازجمعیت بود. خورشیدبرق‌میزد وهمه جا پرچمهای ورزشی در اهتزاز بود. دکترمن با کرونومترخودش کنارمن ایستاده بود و مرتب سیگار میکشید. من‌میدیدم که اوسخت‌بهیجان آمده است.

بالاخره صدای بلندی ازبلندگوشنیده شد.

ــ حالامسابقه‌نهائی دو امدادی چهار در صدمتر شروع میشود. توجه شمارا به‌دونده‌آخرین‌دورمسابقه، آلفردژوراوسکی‌ورزشکار هفتادوسه ساله جلب‌میکنیم. او نمونه طول‌عمردر ورزش بحساب میآید.

من کاملاراحت بودم زیرا میدانستم که قهرمان میشوم. عکس‌این مطلب بهیچوجه‌صادق‌نبود.

باری، موقعیکه نوارپایان مسابقه را قطع کردم ورزشگاه به یك‌پارچه هلهله وکف‌زدن‌مبدل شد. مرا در آغوش می‌گرفتند و میبوسیدند و از من عکس می‌گرفتندمن لبخند میزدم‌وچیزی‌توی میکروفنی که زیرلبم گرفته‌بودند میگفتم. بالاخره موفق‌شدم‌خودم‌را به دکترم‌برسانم‌تاپیروزی مشترکمان را به‌اوتبریك بگویم...

اما دکترمن روی‌برانکار افتاده بود. دوروبر او عده‌ای دکترتقلامیکردند ویك‌آمبولانس سفید‌ـ‌درنگ در نزدیکی دیده میشد. رنگ بصورت دکترنبود. کرونومترهنوزهم‌در دست چپش بود. من‌به برانکار نزدیك‌شدم وازیکی ازدکترها پرسیدم:

ــ چطورشده؟

یکی از دکترها با قیافه عبوسی گفت: ــ سکته کرده. خیلی برای‌شمانگران‌بودو قلبش‌طاقت‌نیاورد.

دکترمن باقیافه‌غم‌زده‌ای‌بمن‌نگاه‌کرد وباصدائی که بزحمت‌شنیده میشد گفت:

ــ پدر، دیدی‌چطورشد؟

من‌دستی به دستش‌زدم و گفتم:

ــ عیبی‌نداردپسرم. من معالجات میکنم. طب هنوزسخن‌قطعی خودش را نگفته است. شنیده‌ای که میگویند «بیا ازدست‌سکته قلبی‌فرارکنیم!» شنیدی؟ خیلی خوب، مدت لازم استراحت میکنی وبعدشروع به دویدن میکنیم!

نامه آقای نخست وزیر

نامه آقای وزیر اطلاعات

بمناسبت دهمین سال انتشار مجله دارو پزشکی



جناب آقای دکتر محمدهادی عبدربانی صاحب امتیاز مجله داروپزشکی ـ تهران

آغازدهمین سال انتشارمجله داروپزشکی راکه مصادف با اول آذرمیباشد به جنابعالی‌ودیگر کسانی که درتهیه مطالب این نشریه‌تخصصی با جنابعالی همکاری‌دارند صمیمانه شادباش میگویم وکامیابی همه‌را در ادامه این‌خدمت مفیدخواهانم.

امیرعباس هویدا

پاسخ مجله :

جناب آقای امیرعباس‌هویدا
نخست‌وزیر محترم‌ایران

دریافت شادباش صمیمانه آن جناب بمناسبت آغاز دهمین سال‌انتشار ماهنامه داروپزشکی مایه مسرت اینجانب و تمام اعضای هیئت‌تحریریه گردید.

ازبذل‌توجه‌خاص‌آن جناب نسبت به نویسندگان و کارکنان مجله داروپزشکی، ازطرف خود وهیئت تحریریه، صمیمانه تشکر کرده، آرزومی کنیم که برنامه دولت آنجناب در نزدیکی با مطبوعات کشور (که مسئولیت سنگینی را در ادای وظایف اجتماعی‌خود بعهده گرفته‌اند)، هرروز گسترش بیشتری پیداکند. امید است که این نزدیکی و همبستگی عمیق‌ترشود تا درراه انقلاب‌آموزشی‌واجتماعی ایران مفیدتر واقع گردد.

با تقدیم احترام و عرض تشکر ـ دکتر محمدهادی عبدربانی



جناب آقای‌دکتر محمدهادی‌عبدربانی‌مدیر مجله داروپزشکی

تبریکات صمیمانه خودرا بمناسبت‌سالگرد آن نشریه گرامی‌تقدیم نموده، مزید توفیق جنابعالی را در ادامه خدمات مطبوعاتی از خداوند متعال مسئلت دارم.

وزیر اطلاعات ـ حمیدرهنما

پاسخ مجله :

جناب آقای‌حمیدرهنما
وزیرمحترم اطلاعات

تبریکات‌صمیمانه آن‌جناب بمناسبت‌سالگرد انتشار مجله داروپزشکی مایه مسرت و سپاس اینجانب و تمام اعضای هیئت تحریریه گردید.

با توجه به‌سابقه آن‌جناب درکارمطبوعات کشور، شکی نیست که به نقش خطیرصاحبان مطبوعات و نوع مشکلات آنها آگاهی کامل دارید. امیداست که‌زمینه‌مساعدتری فراهم آورید تا مطبوعات اصیل کشور بتوانند وظیفه سنگین میهنی واجتماعی خودرا به نحو شایسته‌تر به انجام برسانند.

با تقدیم احترام و عرض تشکر ـ دکتر محمدهادی‌عبدربانی

متن تلگرام شهری برئیس دانشگاه تهران بمناسبت

تجدید دوره دکترای داروسازی



جناب آقای دکتر نهاوندی

رئیس محبوب ودانشمند دانشگاه تهران

هیأت تحریریه مجله داروپزشکی بنام عده‌ای از اعضاء کادر آموزشی و دانشجویان دانشکده‌های داروسازی وپزشکی، اقدام صادقانه وواقع بینانه آن جناب را در تجدید دوره دکترای داروسازی در دانشگاه تهران صمیمانه تبریك میگویند و آنرا نشانه‌ای از برنامه‌های مترقی آنجناب درراه اعتلای هرچه بیشتر دانشگاه تهران میدانند.

تقاضاداریم بهترین سپاس وعمیقترین احترامات مارا بپذیرید.

ازطرف هیأت تحریریه - دکتر عبدربانی

متن پاسخ آقای رئیس دانشگاه :

دوست گرامی آقای دکتر عبدربانی - مدیرمحترم مجله داروپزشکی

از وصول تلگرام محبت‌آمیز جنابعالی واظهار لطف اعضای محترم هیأت تحریریه مجله ارزنده داروپزشکی نسبت بدانشگاه تهران صمیمانه متشکرم.

متقابلا مزید توفیقات عالی رامسئلت دارم. **رئیس دانشگاه تهران**

انتخابات جامعه داروسازان ایران

و انتخاب هیأت مدیره دوره چهاردهم

انتخابات جامعه داروسازان ایران برای انتخاب هیأت‌مدیره جدید(دوره چهاردهم)درروز جمعه پنجم آذرماه ۱۳۵۰ درمحل جامعه‌داروسازان ایران انجام گرفت ودر نتیجه ۱۱ نفر به ترتیب آراء بشرح زیر برای مدت دوسال بعنوان اعضاء هیات مدیره انتخاب شده‌اند:

آقایان: دکتر رحیم قادری نژاد- دکتر محمدهادی عبدربانی- دکتر پرویز مهربانی- دکتر مسیح اله ذوالقدری- دکتر عبدالعلی امامی خوئی- دکتر فیاض فیضی- دکتر خانبابا الی- دکتر مسعود سیاهپوش- دکتر اصغر شاهرخی دکتر جهانگیر فرجاد آزاد- دکتر ابوالفضل رسولیان

هیئت مدیره دراولین جلسه رسمی خوددر روزچهارشنبه ۵۰/۹/۱۰ هیئت‌رئیسه خودرا بشرح زیر تعیین کرد:

آقای دکتر قادری نژاد رئیس

- « دکتر عبدربانی نایب‌رئیس
- « دکتر امامی دبیر وسخنگو
- « دکتر فیضی خزانه‌دار
- « دکتر مهربانی رئیس روابط‌عمومی
- « دکتر ذوالقدری منشی

آقایان دکتر سیاهپوش ودکتر فرجاد بازرس

آقایان دکتر شاهرخی ودکتر رسولیان مسئول امورشهرستانها

انتخاب هیئت‌رئیسه هنوز پایان نیافته ومطالعه برای انتخاب مسئولین دیگر ادامه دارد.

ضیافت هیئت مدیره سندیکای کارفرمایان
کارخانه‌ها و لابراتوارهای داروسازی، آرایشی و بهداشتی
بمناسبت انتخاب هیئت مدیره جدید جامعه داروسازان ایران



طبق دعوت **آقای دکتر مجید خورسند** رئیس سندیکای کارفرمایان کارخانه‌ها و لابراتوارهای داروسازی، آرایشی ضیافت عصرانه‌ای ازطرف هیئت مدیره‌سندیکای کارفرمایان بافتخار هیئت مدیره جدید جامعه‌داروسازان ایران درساعت ۶ بعدازظهر روز یکشبه ۵۰/۹/۲۲ درمحل‌سندیکادرخیابان کاخ ترتیب داده‌شد که درمحیطی بسیار دوستانه وصمیمانه تاساعت ۸ بعد ازظهر ادامه داشت. در این ضیافت **آقای دکتر خدابنده** رئیس دانشکده داروسازی و عده‌ای‌از اعضای‌کادر آموزشی دانشکده داروسازی ـ تمام اعضای هیئت مدیره جامعه وعده‌ای‌ازاعضاء هیئت‌مدیره‌قبلی‌وهمچنین‌شخصیت‌های‌دولتی که بنحوی ازانحاء باکارداروسازی ارتباط دارندوبالاخره عده‌ای ازداروسازان رشته‌های مختلف شرکت داشتندپس‌ازپذیرائی از مدعوین **آقای دکتر خورسند** سخنانی درجهت همبستگی داروسازان ولزوم اتحاد و اتفاق‌آنها درفعالیت صنفی اظهار داشتند که مورد توجه قرار گرفت وآقای **دکتر قادری‌نژاد** رئیس جامعه بعنوان تشکرو همچنین آقای **دکتر خدابنده** رئیس دانشکده داروسازی در باره وضع داروسازی کشوروبر نامه‌های آینده دانشکده نیز مطالبی بیان‌داشتندآقای دکتر عبیدی از **مرحوم دکتر نامدار** یادکردند و گفتندآن‌مرحوم برای اولین‌بارمدرسه‌داروسازی‌را بدانشکده تبدیل کردودکترای داروسازی را بنانهاد وامروز **آقای دکتر خدابنده** رئیس‌محترم دانشکده داروسازی همان دکترا را دو باره‌تجدید کرد آقای‌دکتر خدابنده درسخنان خود از **آقای‌دکتر نهاوندی** رئیس دانشگاه تهران یاد کردند که‌به گسترش برنامه‌های دانشکده داروسازی علاقه وتوجه‌بسیارنشان میدهند و در تجدید دوره دکترا نقش اساسی داشته‌اند.

آقای دکتر نفیسی بعنوان پیش‌کسوت داروسازی تجربیات چندین ساله خودرا بیان‌داشتند واز داروسازان خواستند که‌اتحاد واتفاق خودرا حفظ کنند وبالاخره صحبت ازاولین کنگره داروسازی بمیان‌آمدوآقای **دکتر مجید خورسند** درباره شروع کاراین کنگره ومشکلاتی که دربرگزاری‌آن ازروز اول وجود داشت مطالبی اظهارداشتند وازهم‌فکری وهمکاری تمام همکاران داروسازدررشته‌های مختلف وخصوصا از**آقای‌دکتر خدابنده** واعضاء‌کادرآموزشی دانشکده داروسازی ودانشجویان آن‌صمیمانه‌تشکر کردند. درهمین‌جلسه همکاران ازخدمات **آقای‌دکتر خورسند** دربرگزاری‌این کنگره تجلیل کردندواز زحماتی که درطول کنگره متحمل‌شدند سپاسگزاری‌نمودند وپس‌ازتوضیحات مجدد آقای **دکتر خدابنده** جلسه درمحیطی بسیاردوستانه، در ساعت ۸ بعدازظهر پایان یافت.

موفقیت یك همکار

وضیافت بافتخار آن

آقای دکتر پرویز مهربانی عضو هیئت مدیره جدید جامعه داروسازان ایران اخیراً به مقام مدیر کلی سازمان بیمه های اجتماعی ارتقاءیافته‌اند. ازطرف همکاران داروساز وپزشك ایشان در سازمان بیمه‌های اجتماعی ضیافتی به نهار در هتل کینگز تهران درروزیکشنبه ۵۰/۹/۲۲ داده شد که درآن **آقای نیکپور** مدیر عامل سازمان بیمه‌های اجتماعی وعده‌ای ازشخصیت های مملکتی وداروسازی کشور حضور داشتند. پس ازصرف نهار که در محیط بسیار دوستانه‌ای بر گزار شد آقای **دکتر سید محسن ابطحی** رئیس امورداروئی سازمان مطالبی درباره انتصاب **آقای دکتر پرویز مهربانی** مدیر کل بیمه‌های اجتماعی ازطرف همکاران داروساز وطبیب ایشان، اظهارداشتند واین حسن انتخاب را به **آقای نیکپور** تبریك گفتند.

آقای نیکپور مدیر عامل سازمان ضمن اظهار تشکر از سخنان **آقای دکتر ابطحی** مطالبی درباره گسترش برنامه‌های آینده سازمان بیمه‌های اجتماعی ابراز داشتند ونتیجه گرفتند که این برنامه‌ها به نیروی فعال و فکر جوان وپر تحرك احتیاج داردو **آقای دکتر پرویز مهربانی** یکی ازاین قیافه‌های جوان وپر تحرك سازمان ماست ومن ازاینکه میبینم این انتخاب درتمام روزنامه‌های کشور انعکاسی داشته وبا ارسال تلگرام و نامه ، به ایشان ویا بخودمن تبریك میگویند بسیار خوشحالم وآرزوی موفقیت ایشان را دارم،... آنگاه آقای دکتر **پرویز مهربانی** درسخنان پرشوری پس از تشکر از آقای نیکپور وآقای دکتر ابطحی وکلیه همکاران طبیب وداروساز ازانقلاب اداری وانقلاب اجتماعی کشور تحت رهبری شاهنشاه آریا مهر سخن گفتندودر خاتمه آقای صائبی نمایندکارگران ونماینده مجلس نیز مطالبی اظهارداشتند وازنقش مهم صاحبان حرف پزشکی از پزشك وداروساز گرفته تا دندان پزشك وپرستارسخن گفتندواظهار امیدواری کردند که صاحبان این حرفه کار خود را بعنوان يك «فریضه» تلقی کنندنه «وظیفه»

جلسه تاساعت ۳/۵ بعداز ظهردر محیط بسیار دوستانه‌ای ادامه‌داشت.

داروپزشکی ـ موفقیت **آقای دکتر پرویز مهربانی** که از داروسازان جوان وفعال کشور ما هستند بعنوان موفقیت داروسازان کشور تلقی میگردد وماامیدواریم ایشان درسمت جدید منشاء خدمات ارزنده‌ای باشندوماهم بنوبه خود این موفقیت را به همکار جوان و فعال خود تبریك میگوئیم مضافاً اینکه ایشان اخیراً با تایید داروسازان کشور بعنوان عضو هیئت مدیره جامعه داروسازان ایران نیز انتخاب شده‌اندوما این موفقیت دوم راهم بایشان تبریك میگوئیم و امیدواریم بامسئولیت اجتماعی که درعضویت جامعه پیدا کرده‌اندبه خواسته‌های همکاران داروساز در سازمان بیمه‌های اجتماعی نیز توجه کافی مبذول دارند.



● دکتر درد نخواهد کرد؟

آغاز کار

ازروزی که بنا بصلاحدید ریاست معظم دانشگاه افتخار خدمتگذاری دانشکده داروسازی باین جانب محول شد، مورد استقبال گرم همکاران عزیز کادر آموزشی و اداری و دانشجویان قرار گرفتم. روزی نیست که شاهد احساسات محبت آمیز آنها درزمینه‌های مختلف نباشم. در همه حال احساس میکنم که دراختیار جمعی هستم که آمادگی دارند درراه خدمت بدانشکده وحرفه داروسازی همه امکانات خود را در اختیارم بگذارند ومن مخصوصا نمیتوانم احساسات گرم و محبت آمیز دانشجویان عزیزرا نسبت به برنامه‌هائی که درزمینه تجدید دوره دکتری و پیشرفت مهد علمی آنها ارائه داده‌ام فراموش کنم.

تمام اینها وظیفه مراسنگین ترمیکند زیرا ازمیان تمام گفت وشنودها درك میکنم که همه چون من آرزوی اعتلای داروسازی کشور ودرراس آن دانشکده داروسازی تهران راکه بحق از نظر قدمت مورد احترام دانشکده‌های مشابه است دارند.

همکاری باارزش دیگری که شاهد آن بوده وهستم وشماهم اولین اثر آنرا بصورت نشریه خبری دانشکده داروسازی تهران میبینید پیشنهاد همکاران گرامی هیئت تحریریه داروپزشکی است که آمادگی خودرا برای درج اخباردانشکده درمجله داروپزشکی اعلام داشته‌اند. این هدیه ارزنده بطور جداگانه بصورت نشریه خبری در اختیار دانشکده داروسازی قرار میگیرد. من نمیدانم ازاین همکاران عزیز که حاضرشده‌اند این کاررا بطورافتخاری ورایگان انجام دهند چگونه وبچه زبانی تشکر کنم. متاسفانه نمیتوانم ازکسی اسم ببرم زیرا آنطور که من استنباط کردم چون این عمل را بعنوان یك وظیفه عادی وساده تلقی میکنند هرگونه تذکر ارزش آنرا میکاهد

باید اعتراف کنم که این احساسات بی‌شائبه بمن نیرومیدهد تا با حرارت بیشتری بخدمت مقدس خود ادامه دهم ومن یقین دارم که این اقدام یعنی انتشار یك نشریه خبری که امیدوارم هرچه زودتر بصورت نشریه خبری وعلمی منتشرشود ومقالات علمی ارزنده همکاران گرامی هم در آن چاپ شود درترغیب کادرها ودانشجویان بکارودربالا بردن اعتباردانشکده ما یکی ازعوامل موثر باشد.

باین مختصر بعنوان آغاز کارا کتفامیکنم و بهترین سپاس خودرا بتمام همکاران دانشکده و دانشجویان تقدیم میدارم وآرزومیکنم که این همکاری وسیع وثمر بخش مارا بهدف مقدسی که در پیش داریم وآن خدمت بداروسازی کشور است هرچه زودتر برساند.

دکترعباس خدابنده

برقراری مجدد دوره دکترای داروسازی

نامه رئیس دانشکده داروسازی و پاسخ آن

۲۹۵۲-۵۰/۹/۴

مقام معظم ریاست دانشگاه تهران

احتراماً بعرض میرساند حسن نیت و عنایت خاص حضرتعالی درزمینه برقراری دوره دکتری دانشکده داروسازی در تماس‌های نخستین با دانشجویان بوجه احسن تجلی کرده است بنده نیز پس از تفویض افتخار خدمتگزاری در تحقق بخشیدن بمنویات جنابعالی در جهت بهبود و اعتلای این موسسه درحد توانائی کوشا بوده و خواهم بود دانشجویان طالب برقراری دوره دکتری حرفه‌ای پیوسته همانند دانشکده‌های پزشکی دندانپزشکی دامپزشکی هستند. اینجانب پس از تبادل نظر با همکاران لزوم تشکیل این دوره را به‌مدت دوسال پیوسته بدوره چهارساله کنونی با تغییرات اساسی درمواد درسی بویژه گرایش عملی زیادتر و جهت‌یابی نسبی بسوی نیازهای تازه حرفه داروسازی درسطح کشور تایید مینماید.

اینك با استظهار بمنویات منطقی ومساعد سرکار استدعا دارد درصورت موافقت امر فرمایند مراتب مذکور که از نظر دانشجویان جنبه فوری وحیاتی دارد دراولین جلسه شورای دانشگاه تهران مطرح و پس ازطی مراحل قانونی بموقع اجرا گذارده شود.

توفیق آن مقام معظم را درتجدید عظمت دانشگاه تهران آرزودارد.

باتقدیم احترامات

رئیس دانشکده داروسازی ـ دکتر عباس خدابنده

۳۴۵۱۲-۱۳۵۰/۹/۷

همکار گرامی آقای دکتر عباس خدابنده رئیس دانشکده داروسازی

پاسخ بشماره ۲۹۵۲ مورخ ۵۰/۹/۴ همانطورکه در نخستین بازدید خود از دانشکده داروسازی در تابستان گذشته و نیز بهنگام انتصاب ومعرفی جنابعالی بسمت رئیس دانشکده اظهار داشتم برقراری مجدد دوره دکتری داروسازی را تایید میکنم.

خواهشمندم مراتب را درجلسه مورخ ۵۰/۹/۲۱ شورای دانشگاه مطرح بفرمائید که تصمیم نهائی اتخاذ وابلاغ شود.

رئیس دانشگاه تهران

توضیح ـ جلسه فوق‌العاده شورای دانشگاه در تاریخ ۵۰/۹/۱۴ تشکیل و تجدید دوره دکترای داروسازی تصویب شد.

پروفسور پ . هگر
رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی
در دانشکده داروسازی دانشگاه تهران

برطبق دعوت دانشگاه تهران آقای پروفسور ژرژ-پ. هگر رئیس واستاددانشکده داروسازی‌دانشگاه کارولینای‌شمالی‌ساعت‌۵/۲۲ روز۱۶ آبانماه/۵۰وارد تهران شدند. درفرودگاه آقای دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی تهران و آقایان دکترلاله‌زاری استاد دکترشفیعی دانشیاردانشکده و همچنین نماینده اداره روابط بین‌المللی‌دانشگاه‌تهران ازایشان استقبال بعمل آوردند .

آقای‌پروفسورهگر درطی اقامت۱۲روزه خوداز دانشکده داروسازی‌دانشگاه‌تهران واز آزمایشگاههای آن بازدیدکرده وباکادرهای آموزشی دانشکده بطور فردی یا جمعی مذاکره نمودندو درچند روز اول به گردآوری اطلاعات راجع به افراد کادر آموزشی و خدمات تعلیماتی وتدریسی آنها پرداختندوحتی در



ازراست به چپ: آقایان دکتررضوانی - دکترقدسی - دکتررهگذر - خانم دکترهادی - دکترشفیعی دکترمهدیون -دکترلاله‌زاری - دکتر دریادل - دکترزرگری - دکترخدابنده - دکترمفیدی - دکترآئینه‌چی - پروفسورهگر- دکتریزدانی - دکترانگجی - دکترجاوید- دکتر مخانی - دکترکاراپتیان - دکتر عبدربانی - خانم‌تاییدی - دکترمنیری - دکتروکیل‌زاده

چند کلاس درس ازجمله کلاسهای درس‌شیمی داروئی شیمی‌آلی وروشهای نوین‌حضوریافته وبانحوه تدریس آشنائی پیدا کرده ودر باره مطالب دروس نیز بررسی بعمل آوردند.

آقای دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی تهران بافتخارپروفسورهگر ضیافتی(عصرانه) درساعت ۶ـ۸ بعد ازظهرروزپنجشنبه ۲۷ آبان ۵۰ در باشگاه دانشگاه دادند که درآن معاون‌پژوهشی دانشگاه‌ورؤسا



رئیس دانشکده داروسازی و پروفسور هگر هنگام اهداء تمثال شاهنشاه آریامهر

آقای پروفسورهگردرطول اقامت خودبا معاون پژوهشی‌دانشگاه تهران‌وروسای دانشکده‌های پزشکی وبهداشت واستادان دانشکده‌های داروسازی ـ پزشکی وبهداشت تبادل‌نظر کردند ومذاکرات ایشان بااعضاء کادرآموزشی دانشکده داروسازی بسیارثمربخش بود وبگرمی‌مورد استقبال کادرهای دانشکده داروسازی قرار گرفتند و فعالیتهای دانشکده داروسازی در زمینه‌های آموزشی وپژوهشی فوق‌العاده موردتوجه ایشان‌قرار گرفت.

واستادان بعضی از دانشکده‌ها واعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی شرکت‌داشتندویك قاب‌خاتم‌کاری مزین‌به تمثال‌مبارك شاهنشاه آریامهرازطرف آقای دکترخدابنده به پرفسور هگر اهداء گردید. آقای پروفسوردرمدت اقامت خودازموزه جواهران سلطنتی نیز بازدید کردند.

پروفسورهگر درروز جمعه ۲۸ آبان ماه‌تهران را ترك گفتند.

ضیافت رئیس دانشکده داروسازی
دانشگاه تهران
بمناسبت انتخاب هیأت مدیره جدید جامعه داروسازان

ازطرف آقای دکترعباس خدابنده‌رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه تهران مجلس ضیافت عصرانه‌ای بمناسبت انتخاب‌هیأت مدیره جدید جامعه‌داروسازان ایران (دوره چهاردهم) درسالن کنفرانس‌دانشکده داروسازی دانشگاه تهران داده شد که در آن تمام‌اعضای‌هیأت‌مدیره جدیدواعضای هیأت‌مدیره سندیکای کارفرمایان صنایع داروسازی ـ آرایشی و کادرهای آموزشی‌دانشکده داروسازی تهران شرکت داشتند .

جلسه‌امشب نشانه‌ای ازیك‌اتفاق‌نظر ـ یك کلامی سخن درجهت‌یگانگی کاراست‌وآرزوی‌همه‌مااعتلای‌داروسازی است‌بحدی که همه بآن‌افتخار کنیم.

آنچه مربوط به دانشکده داروسازی است، یقین بدانیدماسعی‌خواهیم کردهمه‌نوع‌همکاری‌درهمه زمینه‌ها داشته‌باشیم ولی تصدیق می کنید که این همکاری باید دوجانبه باشد .

بسیار خوشحالم که باطلاع شما میرسانم درجهت خواسته همکاران دانشکده و دانشجویان عزیز قدم



ضیافت‌درساعت ۶ بعدازظهر روزدوشنبه ۵۰/۹/۱۵ برگزارشد وتاساعت ۷/۵ بعد ازظهر درمحیطی‌بسیار دوستانه و آموزنده‌ادامه داشت ، درابتداء ازمیهمانان پذیرائی گرمی‌بعمل‌آمد و آنگاه‌آقای دکترخدابنده چنین اظهارداشتند :

سخنان‌رئیس دانشکده داروسازی

همکاران عزیز از طرف همکاران دانشکده و دانشجویان، انتخاب شمارا به عضویت هیأت مدیره جامعه داروسازان ایران صمیمانه تبریك میگویم و

دیگری در جهت اعتلای دانشکده برداشته‌ام و آنهم تجدید دوره‌دکترای داروسازی است که‌درجلسه دیشب (یکشنبه ۵۰/۹/۱۴) شورای دانشگاه تهران‌مطرح وتصویب گردید. مسلما در گذشته وقبل ازمنهم دراین راه قدمهای برداشته شده بودولی شایدمشکلاتی‌انجام آنرا مقدور نساخت ولی بهرحال‌اکنون دوره دکترا تجدید شده است وجادارد این موفقیت را بهم تبریك بگوئیم. بیائید گذشته‌ها را فراموش کنیم زیرا آدم عاقل، دوراندیش وواقع‌بین همیشه بآینده فکرمی کند

ولی البته با استفاده از تجربه گذشته.

اگر ما داروسازان در تمام رشته‌ها اتحاد و اتفاق داشته باشیم یك دل و یك زبان باشیم. هیچ نیرویی نمیتواند در مقابل اراده و خواست ما باشد و من آرزو می کنم که این قدمی که امشب برداشته شده بتواند ما را در این مقصود یاری دهد.

شورای دانشگاه تهران در جلسه دیشب تصویب کرد که دوره دکترای شش ساله پیوسته در دانشکده داروسازی تهران تجدید شود. ما سعی خواهیم کرد آموزش داروسازی را از نظر کیفیت آنقدر بالا ببریم که ثمرات آن حتی در اولین دوره فارغ التحصیلان شش ساله جدید، دیده شود و بدون اغراق باید بگویم که ما این موفقیت را به حسن نیت و درایت **جناب آقای دکتر نهاوندی** رئیس محترم دانشگاه تهران مدیونیم که از روز اولی که بدانشگاه تشریف آوردند برای پیشرفت دانشکده داروسازی توصیه‌های موکد صادر فرموده و هر پیشنهاد مثبتی را در اسرع وقت مورد موافقت قرار میدهند

ما تصمیم داریم برای آماده ساختن زمینه مساعد در ایجاد همکاری وسیع با صاحبان صنایع داروسازی کشور، کار تازه‌ای آغاز کنیم از جمله ما انکت‌هایی پیش‌بینی کرده‌ایم که گویای احتیاجات کشور در تمام زمینه‌ها باشد. ما این انکت‌ها را مخصوصا برای صنایع داروسازی کشور خواهیم فرستاد. البته برای موسسات دولتی و ملی نیز این انکت‌ها فرستاده خواهد شد تا احتیاجات آنها در حد امکان از نظر نیروی انسانی در رشته داروسازی معین گردد. ما حتی سعی خواهیم کرد در آینده پایان‌نامه‌های دانشجویان آنچنان تهیه شود که بتواند در حد احتیاجات موسسات داروئی و بهداشتی کشور باشد.

عده‌ای از همکاران فکر می کنند داروسازی که شش سال تحصیل کرده باشد، ممکن است بدنبال کار داروخانه‌داری نرود ولی نباید فراموش کنیم که اکنون سطح تحصیلات در تمام رشته‌ها بالا رفته و خود من در خارج از کشور شاهد بوده‌ام که یك گارسون تحصیلات لیسانس یا فوق لیسانس داشته در اینصورت شش سال تحصیل برای یك داروساز خیلی طبیعی خواهد بود.

از طرف دیگر در کنگره اخیر گفته شده که هنوز ۶۰ درصد داروها از خارج وارد کشور میشود و فقط ۴۰ درصد در ایران تهیه میگردد، با چنین وضعی چطوری میتوانیم بگفته آن همکار عزیزی که در جریان کنگره گفتند: «ما دیگر احتیاج بکادر داروسازی نداریم» صحه بگذاریم؟ اگر ما بخواهیم آن ۶۰ درصد احتیاجات داروئی کشور را هم در داخل تامین کنیم و از صدور ارز جلوگیری نمائیم باید از هم اکنون در فکر آن باشیم و خود را آماده نشان دهیم که با گسترش داروسازی تناسب داشته باشیم مطالب در این باره خیلی زیاد است ولی نمی‌خواهم وقت همکاران عزیز را از این بیشتر بگیرم زیرا یقین دارم در آینده این جلسات ادامه خواهد یافت تا ما بازهم بتوانیم باهم گفتگو کنیم...

سخنان رئیس جامعه داروسازان

آقای دکتر قادری نژاد رئیس جامعه داروسازان از طرف هیأت مدیره چنین اظهار داشتند:

آقای دکتر خدابنده رئیس محترم دانشکده داروسازی تمام مطالب اصولی را فرموده‌اند و من چیزی ندارم بآن گفته‌های پرمغز اضافه کنم اما نمیتوانم از گفتن این حقیقت خودداری کنم که تا کنون در دانشکده داروسازی تهران چنین رویه‌ای معمول نبوده و یقیناً انگیزه رئیس محترم دانشکده فقط تجلیل از ما نبوده بلکه با فکر بلندی که دارند هدف بزرگتری را تعقیب می کنند و میخواهند تمام نیروی داروسازی را در یک جا جمع نمایند.

کشور ما اکنون در شرایطی است که میتواند این فکر را عملی سازد. وقتیکه رهبر عالیقدر ما در دانشگاه هاروارد فرمودند باید همکاری و انسان دوستی را اول کار قرار دهیم مسلم میشود که باید بین ما داروسازان هم چنین، همکاریهایی وجود داشته باشد و باید انسان‌دوست هم باشیم زیرا افتخار داریم که در خدمت بشریت هستیم

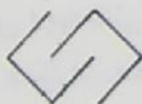


ودر نعمت سلامتی آنها نقش‌مهمی بعهده‌داریم.

ازهمکاران محترم دانشکده واز ریاست محترم دانشکده ازطرف‌همکاران هیات مدیره‌وخودم صمیمانه تشکرمی کنم که‌با ایجاد چنین مجالسی روح صمیمیت واعتقاد بهمکاری را دربین داروسازان بوجودمیآورند وتقویت می کنندوخیلی‌خوشحالم که امشب مصادف‌شده با اولین شبی که دوره‌دکترای‌داروسازی‌در دانشکده‌ما تجدیدشده است و ماهم مثل رئیس محترم دانشکده معتقدیم که حسن‌نیت **جناب‌آقای‌دکترنهاوندی** رئیس محترم دانشگاه‌تهران عامل‌موثری دراین تجدیددوره دکترا بوده است . بهرحال ما این موفقیت را بهمه داروسازان‌وخصوصا به‌جناب آقای‌دکتر نهاوندی‌وجناب آقای دکترخدابنده صمیمانه تبریك میگوئیم. ما این واقعه و این حسن تصادف را بفال‌نیك می گیریم و امیدواریم درمبارزات‌اصولی آینده نیزموفق‌شویم.

من فکرمی کنم در هرفردی که خود را انسان میداند باید سه عامل مهم جمع‌باشد. اول‌شناخت‌خود- دوم اجتماع وسوم اعتقاد بیك مبداء. البته جلو وعقب گذاشتن اینها مهم نیست ولی باید این سه‌عامل درهر فردی وجود داشته باشدتاآن‌فردبعنوان‌یك خدمتگزار اجتماع معرفی گردد . دراینجا منظور من از اجتماع فقط داروسازان نیست بلکه منظورم تمام مردم است وباید نسبت بمردم‌هم خدمتگزارباشیم واین سه عامل را باهم مورد توجه قراردهیم....

اجازه بدهید به سخنانم خاتمه بدهم‌وبیش‌ازاین وقت عزیزشمارا نگیرم‌ویکبار دیگراز ریاست محترم دانشکده وهمکاران ایشان بخاطرمحبتی که فرموده‌اند ازطرف خود وهیأت مدیره جامعه تشکر کنم.



کنفرانس پروفسور پل‌ژولم (P. Jaulmes)
در دانشکده داروسازی تهران



آقای پروفسور پل‌ژولم استاد شیمی تجزیه وسم شناسی دانشکده داروسازی مون‌پلیه فرانسه که‌بدعوت وزارت بهداری برای ایراد چند کنفرانس در باره کنترول‌دارو وبازدید از موسسات مربوطه به تهران آمده بودند ساعت ۴ بعد ازظهرروز شنبه ۵۰/۹/۶ در دانشکده داروی‌سازی تهران کنفرانسی تحت عنوان : «چراکنترول داروئی ضرورت دارد؟» ایراد کردندکه مورد توجه قرار گرفت .

در این کنفرانس علاوه براعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی و دانشجویان دانشکده عده‌ای از صاحبان صنایع داروسازی وشخصیت‌های علمی وزارت بهداری‌شرکت داشتند.

پروفسورژولم ازسال ۱۹۳۵ استاد شیمی تجزیه وزهرشناسی‌دانشکده داروسازی‌مون‌پلیه‌فرانسه‌میباشند وهمچنین درانستیتوی «اروپن‌فارماسی اندوستریل» مون‌پلیه تدریس می‌کنند و کارشناس زهرشناسی و تقلبات مواد غذائی درمحاکم رسمی وزارت بهداری هستند وسمت‌بازرس کل‌داروخانه‌هارانیز بعهده دارندو عضو اصلی کمیسیون فارماکوپه فرانسه میباشند.

آقای‌پروفسورژولم صبح‌روز چهارشنبه سوم آذر ماه ۵۰ دراطاق‌آقای دکترخدابنده رئیس‌دانشکده داروسازی‌تهران حضوریافته وبا ایشان ملاقات کردند ودراین ملاقات‌آقای دکترعباس‌نادری رئیس‌اداره کل اموردارو‌ئی‌وزارت بهداری که ضمنا مهماندارپروفسور درمدت اقامتشان در ایران بودند نیزحضورداشتند.

دربعدازظهرروزشنبه ششم آذرماه قبل از آغاز کنفرانس‌آقای دکترانگجی‌معاون‌دانشکده داروسازی آقای‌پروفسورژولم‌را بحضارمعرفی کردند (آقای‌دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی بمناسبت بازدید علیاحضرت‌شهبانو ازدانشکده کشاورزی کرج‌وشرکت درآن مراسم در این کنفرانس‌حضورنداشتند) و سپس پروفسور ژولم ضمن کنفرانس مبسوطی‌ازلزوم کنترول



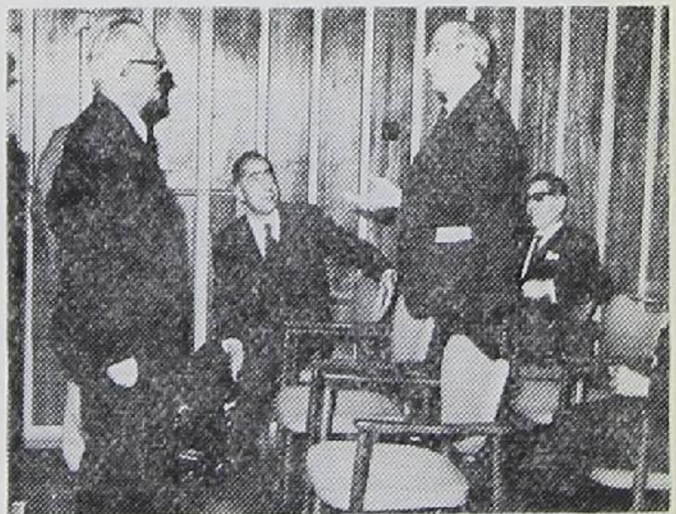
آقای دکترانگجی معاون دانشکده داروسازی وپروفسور ژولم

داروها سخن گفتندوضمن اشاره به‌تجربیات شخصی‌در طول ۳۵سال اخیرازاشتباهاتی که درخواندن اتیکتو یا درموقع تحویل داروپیش‌میآید وهمچنین از اهمیت ناخالصی‌ها که خطرات زیادی در پیش دارد‌بحث

گردندومتذکر شدند که کنترل دارو میتواند از تمام این پیش آمدهای سوء که باجان مردم سروکار دارد جلوگیری نماید و آنگاه به شکل کار کنترل درفرانسه ودرایران (که بعقیده ایشان بسیار پیشرفت کرده) اشاره نمودند و از تعداد لابراتوارها وبخشها وکادرهای آن سخن گفتندوبالاخره چگونگی صدور پروانه ساخت یک داروی جدید راشرح داده وضمن اشاره به کنترل دارو درایران کنفرانس خودرا بااین جملات پایان دادند:

«.....دولت شما درسال ۱۹۶۵ بهمین منظور لابراتواری راکه در بدوورود خود بایران از آن بازدید کردم تاسیس کرده است. این لابراتوار تحسین مرا برانگیخت ومیدانم که چه کار قابل توجهی بوسیله بنیانگذار آن آقای دکتر نادری وهمکاران ایشان صورت گرفته است...»

آنگاه سؤالات مطرح گردید: آقای دکتر باقدیانس استاد ورئیس گروه بیوشیمی دانشگاه تهران سئوال کردند:



آقای دکتر باقدیانس سؤال خودرا با پروفسوردرمیان میگذارند

داروهائی که در داروخانه‌ها ویامراکز دیگر ذخیره میگردد ممکن است دراثر مرورزمان فاسدشوند برای کنترل آنها چه پیش بینی‌هائی شده‌است؟

آقای پروفسور پاسخ دادند: معمولا کنترل وجود داردولی مسلما دراین مورددقت وتوجه همه‌جانبه‌مقدور نیست ولی درضمن نباید فراموش کرد که اسپسیالیته‌های امروزاگر درشرایط خوبی نگاهداری شوند کمتر فاسد میگردند ولی بهرحال مسئله موردنظر شما در کنترل بسیارمهم است وشاید دربرنامه های آینده کنترل دقیقتری معمول گردد .

آقای دکتر لاله‌زاری استاددانشکده داروسازی سئوال کردند: آنچه جنابعالی فرمودید بیشتردرمورد مواداولیه بوده ودرباره کنترل داروهای ترکیبی (از نظر کیفی و کمی) که دارای اقلام متعددی ـ مثلا الوئس یا تنطورها وغیره ـ است چه میتوان کرد؟



آقای دکتر لاله‌زاری از پروفسور سؤال می‌کنند

آقای پروفسور پاسخ دادند: درمورد داروهای ترکیبی روشهای مختلفی وجود دارد که با تغییر یک قلم درجمع یک ترکیب یقینا روش‌های قبلی فرق خواهد کرد و کنترل آنها مشکل ودرمواردی غیرممکن وبطور کلی احتیاج بزمان بیشتری دارد ومعمولا اندازگیری دقیق کمی مشکل است ولی با استفاده از روشهای کروماتوگرافی میتوان ازنظر کیفی کنترل نمود.

آقای دکترقادری نژاد معاون اسبق دانشکده داروسازی سؤال کردند: در فرانسه برای کنترل داروها درلابراتوارها فقط ازکدکس فرانسه استفاده میشود یاروشهای فارماکوپه های بین‌المللی هم مورد توجه قرارمیگیرد؟



در سالن کنفرانس دانشکده داروسازی تهران هنگام سخنرانی پروفسور ژولم

آقای پروفسور پاسخ دادند که معمولا از کدکس فرانسه استفاده میشود ولی مسلما درموارد لزوم فارماکوپه‌های کشورهای دیگر هم مورد استفاده قرار میگیرد.

آقای دکتر محرابیان از وزارت بهداری سئوال کردند: تمام داروهائی که امروز مصرف عمومی دارند درکدکس فرانسه یا فارماکوپه‌ها وارد شده‌اند یا خیر؟

آقای پروفسور پاسخ دادند: معمولا کدکس یا فارماکوپه‌ها هر ۱۰ یا ۱۵ سال یکبار تجدید چاپ میشود. بنابراین داروهائی وارد کدکس یا فارماکوپه میشوند که خواص آنها ازهر نظر مسلم شده باشد.

آقای دکتر محرابیان مجدداً سئوال کردند: چرا مراکز علمی داروسازی فرانسه یا مراکز علمی داروسازی درسطح بین‌المللی تصمیم نمیگیرند که فقط داروهائی مصرف عمومی پیدا کنند که قبلا وارد فارماکوپه شده باشند؟

آقای پروفسور پاسخ دادند: عملا مقدور نیست.

پس از پایان کنفرانس در اطاق رئیس دانشکده داروسازی از پروفسور ومیهمانان پذیرائی بعمل آمد.

نماینده دانشکده داروسازی در کمیته برنامه‌ریزی عمرانی پنجم

انتخاب نماینده مطلع و تام‌الاختیار در کمیته برنامه‌ریزی عمرانی پنجم در جلسه مورخ ۵۰/۸/۱۲ رؤسا و نمایندگان گروههای دانشکده داروسازی مطرح و **آقای دکتر عباس خدابنده** ریاست دانشکده داروسازی باتفاق آراء بمنظور فوق انتخاب گردید.

نماینده دانشکده داروسازی درهیئت ممیزه

آقای دکترسیدابراهیم انگجی
استاد تمام وقت ومعاون دانشکده داروسازی

نظر باینکه بموجب گزارش شماره ۲۵۲۵ مورخ ۱۳۵۰/۸/۲ دانشکده داروسازی اعضاء هیأت علمی دانشکده مزبور جنابعالی را به نمایندگی آن دانشکده در هیأت ممیزه دانشگاه انتخاب نموده‌اند بنابراین بموجب این حکم بسمت مزبور منصوب میشوید.

رئیس دانشگاه تهران

نماینده دانشکده داروسازی درشورای دانشگاه

آقای دکتر سیدمحسن مجتبائی
استادتمام وقت دانشکده داروسازی

نظر باینکه بموجب گزارش شماره ۲۵۲۵ مورخ ۵۰/۸/۲ دانشکده داروسازی اعضاء هیأت علمی دانشکده مزبور جنابعالی را به نمایندگی آن دانشکده در شورای دانشگاه انتخاب نموده‌اند بنابراین بموجب این حکم بسمت مزبور منصوب میشوند.

رئیس دانشگاه تهران

انتقال بدانشکده داروسازی

بموجب حکم‌شماره ۲۸۰۸۳ مورخ ۵۰/۸/۲۰ ریاست محترم دانشگاه تهران، آقای دکتر عباس خدابنده استاددانشکده بهداشت و سرپرست دانشکده داروسازی به‌عضویت‌اصلی گروه آموزشی سم‌شناسی و کنترول داروئی وغذائی (که بزودی تغییر نام خواهد داد و آب شناسی هم بآن اضافه میگردد) و منتقل شده‌اندوهمچنین آقای دکتر محمدرضاحاج غفوری نیز بموجب حکم شماره ۳۱۵۲۱ مورخ ۵۰/۸/۲۰ به گروه‌فوق دردانشکده داروسازی منتقل‌شده‌اند.

آرشیو کوروش کبیر

ریاست‌محترم دانشکده‌داروسازی‌تهران

خاطر عالی را مستحضر میدارد.

برای بزرگداشت وتجلیل‌ازجشنهای ۲۵۰۰ساله شاهنشاهی ایران در کتابخانه متشکله در سازمان فرماندهی ترابری‌نیروی زمینی شاهنشاهی ایران که درمهرماه سال کوروش کبیرافتتاح میگردد آرشیوی بنام«آرشیو کوروش کبیر» تشکیل‌شده که کلیه‌آثار اعم ازکتاب نشریه‌گزارش تمبرسکه تصویروغیره که بنام یادگار ویا یاد بود جشنهای ۲۵۰۰ ساله شاهنشاهی ایران ویاسال کوروش کبیرتهیه وتوزیع میگردد جهت این آرشیو جمع آوری وضبط‌نماید. خواهشمند است بهرنحوکه مصلحت‌بدانندازانتشارات آن قسمت‌نسبت به‌واگذاری وارسال دوره‌کاملی ازنشریات مخصوص جشن موردبحث وسال کوروش کبیربکتابخانه‌فرماندهی ترابری اوامر مقتضی صادر و برای‌آتیه نیز مقرر فرمایندکه کتابخانه این قسمت را جزءگیرندگان نشریات‌آن‌سازمان که‌درسال کوروش کبیر توزیع‌میشود منظورفرمایند قبلا ازهمکاری واوامریکه‌خواهندفرمود سپاسگزاری‌وتشکرمینماید.

فرمانده ترابری نیروی زمینی شاهنشاهی ـ

سرلشکر کیومرث‌صالح

ماموریت علمی و آموزشی

وزارت علوم وآموزش عالی

به‌آقای دکتر محمد افتخاری استادیار تمام وقت دانشکده‌داروسازی ماموریت‌داده‌شده است‌بمنظور شرکت دردوره آموزشی بین‌المللی انرژی اتمی از تاریخ ۵۰/۸/۱۷ لغایت ۵۰/۹/۱۲ به‌کشور چکسلواکی عزیمت نمایند ولی ازبابت هزینه‌های مربوط به‌رفت وبرگشت وفوق‌العاده روزانه وعوارض گذرنامه از بودجه دانشگاه وجهی بایشان پرداخت نخواهدشد.

خواهشمنداست دستورفرمایند تشریفات لازم را جهت صدور گذرنامه‌خدمت ایشان معمول و نتیجه را اعلام دارند.

رئیس دانشگاه تهران

متن‌گزارش‌رئیس‌دانشکده داروسازی به رئیس دانشگاه

بمناسبت‌شرکت درهفتمین‌کنگره بین‌المللی روش‌های استفاده ازآب‌معدنی

مقام معظم‌ریاست دانشگاه

احتراماً بعرض میرساند اینجانب دکترعباس خدابنده استاد تمام‌وقت دانشکده بهداشت برای شرکت‌درهفتمین کنگره بین‌المللی روشهای استفاده‌از آبهای معدنی

VII- EME CONGRES INTERNATIONAL DE TECHNIQUE HYDROTHERMALE.

که ازشانزدهم‌تانوزدهم سپتامبر ۱۹۷۱ (۲۵تا۲۸ شهریورماه ۱۳۵۰)تشکیل شده بود بموجب حکم‌شماره ۱۷۱۲۰مورخ۵۰/۶/۱۰درتاریخ نوزدهم‌شهریورماه ۱۳۵۰ بکشورفرانسه عزیمت‌کردم.

توضیح‌آنکه مقاله‌ای تحت‌عنوان «بررسی‌آبهای معدنی ایران» برای دبیرخانه‌کنگره ارسال شده ومورد قبول قرار گرفته واین پذیرش مجوزسفر کوتاه اینجانب بود.

درشهر پاریس‌پیش‌ازعزیمت به شهرویشی‌که محل برگزاری کنگره بودیکی دو روزفرصت داشتم، روز اول‌جهت بازدید به‌آزمایشگاه‌آکادمی‌ملی‌پزشکی فرانسه رفتم‌رئیس این آزمایشگاه آقای

دکتر Ninard چندی قبل بایران مسافرت کرده بود ودرباره آبهای معدنی ایران باایشان ملاقاتی دست داده بود این آزمایشگاه که بیش ازصد وپنجاه سال است تاسیس گردیده است خیلی مدرن ومجهز به دستگاههای دقیق تجزیه خودکاروالکترونیك میباشد وتجزیه وارزش‌یابی آبهای معدنی فرانسه وبسیاری ازکشورهای دیگررا رسماً بعهده دارد .

باآقای دکتر Ninard درزمینه آبهای معدنی ایران تبادل نظر بعمل آمد وحتی گفتگوئی هم درباره اندازه گیری عناصر کمیاب آبهای معدنی ایران وکارهای انجام شده در رشته آبشناسی دانشگاه تهران وتکمیل آنها بکمك دستگاههای گرانبهای آن آزمایشگاه انجام گرفت.

فردای آن روزبرای آگاهی ازآخرین برنامه‌های آموزشی دانشکده داروسازی پاریس بآن مؤسسه مراجعه شدوجزئیات برنامه چاپ شده سال تحصیلی جاری آنجا اخذ گردید .

روزبعد برای شرکت در کنگره بین‌المللی به شهرویشی عزیمت کردم وفردای آن روز کنگره طبق برنامه قبلی کارخودراآغاز کرد این برنامه‌دارای یك رشته سخنرانیهای رسمی انتخاب شده بنام افراد وکشورهای شرکت کننده وتبادل نظروبحث درباره آنها وبازدیدهای گوناگون ازایستگاههای آبهای معدنی مرکزفرانسه وتاسیسات درمانی مدرن ومجهز آنها بود.

یك سخنرانی بمدت بیست دقیقه درباره آبهای معدنی ایران باعکس واسلاید که دربرنامه رسمی کنگره چاپ شده بودبوسیله اینجانب انجام گردیدوچون برای اولین باردرسطح بین‌المللی راجع به آبهای معدنی ایران صحبت بمیان آمده بود برای شرکت کنندگان که ازکارشناسان درجه اول جهان دراین‌رشته بودندخیلی جالب بود وراجع به‌بهره برداری درست‌این سرمایه های پرارزش طبیعی ایران پیشنهادها وتوصیه‌های زیادی انجام گرفت .

برنامه‌بعدی‌دیدارازآخرین‌پیشرفتهای ایستگاههای‌مرکزی فرانسه درزمینه تاسیسات‌ودستگاههای درمانی بود دراین بازدیدها باآقای مهندس Aubignat که درامربهره برداری ازچشمه‌های طبیعی معدنی (Captage) تجربیات‌طولانی‌داردمذاکره‌شدوحتی‌ایشان برای‌اینکار که‌کاراصلی‌واولیه چشمه‌های معدنی‌است‌درصورت دعوت حاضر بمسافرت بایران هم‌شدند .

درتماس‌های‌دیگری که بادانشمندان کشورهای‌دیگرحتی آمریکا که دراین کنگره بودند حاصل شد امکان‌تبادل مقالات علمی واطلاع ازجلسات‌وکنگره‌های گوناگون فراهم گردید

دربرگشت به‌پاریس‌ازفرصت استفاده شدوباآقای دکتر Coin رئیس آزمایشگاه بهداشت‌شهر پاریس که مرکز انجام وکنترل کارهای‌بهداشتی‌شهراست‌ومیان‌ماآشنائی‌پیشین موجودبود دیداری انجام گرفت در این ملاقات در زمینه کاوش ویروس‌های آبهای آشامیدنی که یکی از طرحهای تحقیقات رشته‌آبشناسی است تبادل نظربعمل آمد وایشان حتی وسایل لازم را دراختیار اینجانب قرار دادندکه پس‌از تکمیل آن به‌تجسس‌ویروس‌های گوناگون‌آبهای تهران واطراف‌برای اولین‌باراقدام‌خواهد شد.

روزهای آخر اقامت در پاریس مصادف باروزهای بین‌المللی‌داروسازی دردانشکده داروسازی بود بدین سبب‌موقع‌راغنتنم شمردم وبازدیدسریعی ازنمایشگاه مفصل کارخانجات گوناگون جهانی‌بعمل آوردم ودرباره داروهای جدید اطلاعاتی‌کسب گردید .

درتاریخ چهارشنبه ۳۱شهریور ماه ۱۳۵۰ پس‌ازدوازده روز بمیهن‌عزیز بازگشت‌نمودم.

درپایان ازمقام معظم ریاست‌دانشگاه ومعاونان محترم‌وریاست دانشکده‌بهداشت‌وگروه‌بهداشت محیط ودفترروابط بین‌المللی که امکان وتسهیلات انجام این سفررا فراهم‌فرمودند سپاسگزاری میکنم وتوفیق‌همه راآرزومندم.

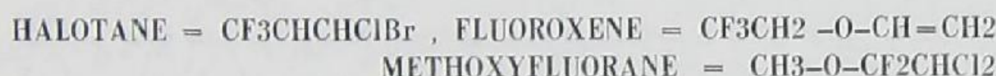
باتقدیم احترامات

استادآب‌شناسی - دکترعباس خدابنده

دکتر فرانسکو قاپقران
گروه‌شیمی‌داروئی دانشکده داروسازی تهران

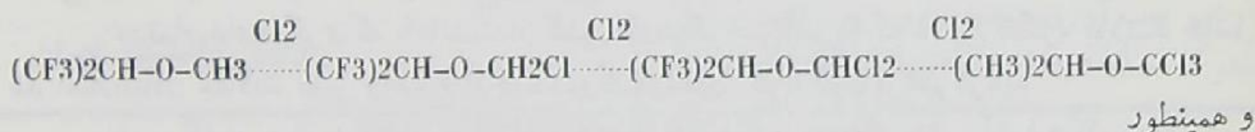
اثر اکسیدهای هالوژنه
بعنوان بی‌هوش کننده‌های عمومی

اولین مطالعه برروی کربن‌های‌فلوئوره بعنوان یك‌داروی بی‌هوش کننده‌توسط Robbins در سال ۱۹۴۶صورت گرفت وازآن سال‌تاکنون تعداد متنابهی هیدروکربن‌های‌هالوژنه وهم‌چنین اترهای هالوژنه سنتزشده وبرروی حیوانات‌آزمایشگاهی بواسطه دارابودن اثر بی‌هوش کننده مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و تعداد انگشت شماری ازآن‌ها به‌کلینیك‌ها و اطـاق‌های عمل بیمارستان ها راه یافته‌اند از آن جمله‌اند :


HALOTANE = CF3CHCHClBr , FLUOROXENE = CF3CH2 -O-CH=CH2
METHOXYFLUORANE = CH3-O-CF2CHCl2

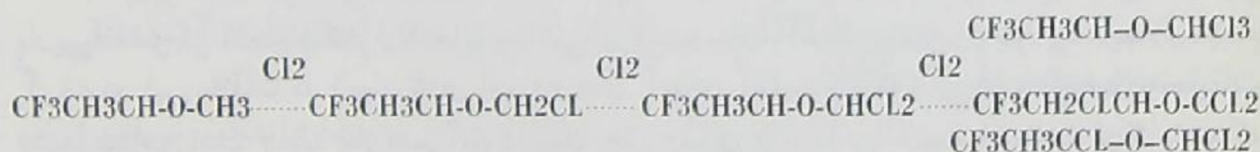
سنتز چندین اترناقرینه وخواص‌فارماکولوژی‌آنها و هم‌چنین‌بیش ازبیست استخلاف هالوژنه متیل‌ایزوپروپیل‌اتر (Methyl Isopropyl Ether) بعنوان بی‌هوش کننده عمومی‌مـورد تحقیق قرار گرفته است.

سنتز : استخلاف کلره‌را میتوان از اثر مقدار محاسبه شده‌کلر برروی استخلاف‌های‌فلوئوره متیل‌ایزوپروپیل‌اتر بدست‌آوردوبدین طریق ترکیبات یك، دو و یـا سه‌کلره حاصل‌میشود .

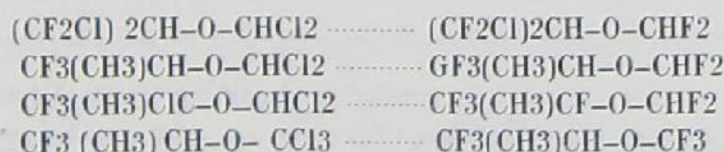

(CF3)2CH-O-CH3 —Cl2→ (CF3)2CH-O-CH2Cl —Cl2→ (CF3)2CH-O-CHCl2 —Cl2→ (CH3)2CH-O-CCl3

و همینطور

CF3CH3CH-O-CHCl3


CF3CH3CH-O-CH3 —Cl2→ CF3CH3CH-O-CH2CL —Cl2→ CF3CH3CH-O-CHCL2 —Cl2→ CF3CH2CLCH-O-CCL2
CF3CH3CCL-O-CHCL2

که تولید ایزومرهای مختلفه به‌نسبت های متفاوت میکند و همینطور ممکن است بجای‌کلراتم فلوئور جایگزین کرد.


(CF2Cl) 2CH-O-CHCl2 .... (CF2Cl)2CH-O-CHF2
CF3(CH3)CH-O-CHCl2 .... GF3(CH3)CH-O-CHF2
CF3(CH3)ClC-O-CHCl2 .... CF3(CH3)CF-O-CHF2
CF3 (CH3) CH-O- CCl3 .... CF3(CH3)CH-O-CF3

بیشتراین‌ترکیبات هالوژنه‌دارای‌اثر بی‌هوش کننده‌عمومی برروی حیوانات‌آزمـایشگاهی بوده و اغلب آنهاسمی وباعث مرگ‌حیوان درعرض۲۴ساعت اولیه میشوند.

دکترمهر انگیز صدوقی
گروه زیست‌شناسی دانشکده علوم دانشگاه اصفهان

انسان و نحوه تکامل آن

وقتی مباحث تکاملی موجودات جانداررا مورد مطالعه قرارمیدهیم باین نتیجه میرسیم و ایـن سؤال مطرح میشود که مکانیسم‌های عمومی تکامل تا چه حدودی میتوانند ما را به نحوه تکامل انسان متوجه گردانند ویا اصولا اصل ومنشاء انسان چیست ؟

مطالعات آناتومی و فیزیولوژی نشان میدهند که انسان با سایر پستانداران اختلاف چندانـی ندارد، تغذیه ـ تنفس ـ جریان خون ترشحات مواد دفعی همه بوسیله دستگاههائی انجام میگیرد که مشابه دستگاههائی است که در سایر مهره داران و پستانداران دیده میشود بعبارت دیگر هیچ کیفیت بیولوژیکی منحصراً درگونه انسانی مشاهده نمیشود. باوجودمشکلاتی که درپالئونئولوژی انسان با آن برخورد داشته‌ایم میدانیم که درمرحله‌ای ازدوران‌های طویل تکاملی یك گونه غیرانسانی بانسان تبدیل گردیده است .

با اینحال انسان خصوصیاتی مخصوص بخود دارد چنانکه درحین تکامل ازابزاروآلاتی‌استفاده میکرده است که نماینده نمو استثنائی وخواص روانی آن میباشد این تکامل درزمان مانیزانجام میشود ولی با تکامل حیوانات اختلاف دارد بطوریکه قوای درونی و تربیتی تأثیر بسزائی در گزینش گونـه انسانی دارد .

بنابرعقیده LINNEE انسان دردسته پریماتها قراردارد بنابراین بهتراست ابتدا مختصری از خواص ایندسته ازپستانداران را ذکر نمائیم .

یکی از خواص اصلی پریماتها طریقه زندگانی Arboricole آنهاست دستها و پاهایشان دارای انگشتان متحرك است و انگشتان بناخن ختم شده‌اند با شست دست و غالبا شست پا که درمقابل سایرانگشتان قراردارد میتوانندشیاء را بگیرند قدرت بینائی آنها معمولا نمویافته است این خواص ازخصوصیات موجودات Arboricole محسوب میشود . رحم غالبا بیش ازیك جنین را درخودپرورش نمیدهد ونوزادان مدت زیادی تحت مراقبت مستقیم مادرقرار دارند باستثنای انسان سایر پریماتها از جانوران مناطق حاره میباشند .

آخرین جدول فیلوژنی انسان بشرح زیر است ؛ صحت ودقت آن درموارد زیادی موردایراد وانتقاد قرار دارد وتنها اکتشافات بعدی میتواند آنرا بهتر ودقیقترتدوین نماید .

– 30,000 Homme de CROMAGNON

↑

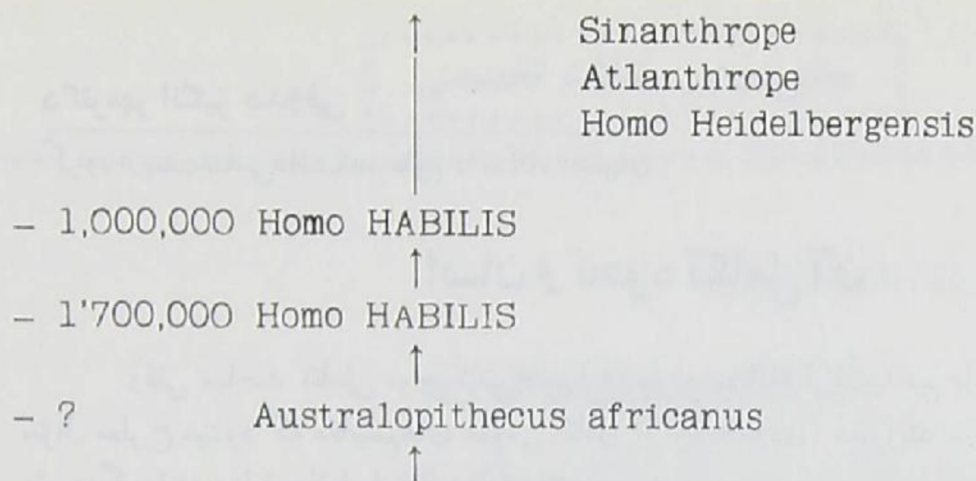
– ? –   Homo SAPIENS Sapiens   Homo SAPIENS neanderthalensis

↑   ↗

– 70,000 Homo SAPIENS

↑

– 500,000 Homo ERECTUS = Pithecanthrope



Austraclopithcines primitiifs

SIMPSON پالئولوژیست معروف امریکائی و یکی از متخصصین کیفیت‌های تکاملی فیلوژنی انسان را بدودسته بشرح زیر تقسیم کرده است .

۱ ـ Prosimiens گروه اولیه‌ای هستند که منحصرا نمونه‌ای از آنها درمادا گاسکار و اندونزی دیده شده‌اند مهمترین نمونه‌های آنها عبارتنداز Lemures و Tarsiers

۲ـ Anthropoides که بنوبه خود بسه دسته تقسیم میشوند .

دسته اول ـ میمونهای قاره جدید که بینی پهن ودم قوی دارند و بدن آنها بسمت جلو خمیده است مثل Ouistiti .

دسته دوم ـ میمونهای قاره قدیم این حیوانات دم قوی ندارند و حفرات بینی آنها نزدیکتر استمانند Macaque و Babouin .

دسته سوم ـ Homonioides ـ که بدون دم هستند و معمولا قد آنها بزرگ است و شامل میمونهای بزرگ Anthropoides و انسان Homo sapiens میباشند .

منشاء پریماتها را میتوان در حیوانات حشره خوار جستجو کرد Prosimiens اولین پریماتهائی هستند که در ابتدای دوران سوم بوجود آمده‌اند و جثه‌ای شبیه بموش داشته‌اند در اواسط دوران سوم (دوره Oligocene) در اثرانشعابات ارثی (افرادیکه در نسلهای متوالی بوجود میآیند وسازش بیشتری با محیط دارند) افرادی از تغییرات پرومومین‌ها باقی مانده‌اند که همان پرومین‌های امریکا (منشاء میمونهای قاره جدید) پرومومین‌های اروپائی وآسیائی (منشاء میمونهای قاره قدیم) میباشند درحالیکه پرومومین‌های افریقائی Homonioides ها را بوجود میاورند . پرومومین‌های امروزی ازاعقاب پرومومین‌های اولیه هستند که بدون تغییر باقی مانده‌اند ولی بنواحی مادا گاسکار ـ جزایر آسیای استوائی محدود گردیده‌اند .

اختلاف بین میمونهای Anthropoides وانسان مخصوصا مربوط بوجود تحریك‌پذیری و نمو فوق‌العاده مغز در انسان است چنانکه میمونهای تکامل یافته بجلو خم شده و راه میروند و حتی بعضی اوقات روی اندامهای جلوئی تکیه میکنند ولی‌انسان بحالت عمودی‌کامل قرار میگیرد .

باینجهت درانسان انحناء مخصوصی درستون فقرات او وجوددارد منفذاستخوان Occipi - tale بسمت جلوجمجمه منحرف میشود تغییراتی دروضع‌استخوانهای باسن نیز انجام میشودبطوریکه اندامهای عقبی بطور عمودی باآن متصل میشوند نموقابل‌ملاحظه مغزموجب‌تغییراتی‌درساختمان‌جمجمه میشود باینطریق که پیشانی نمو بیشتری داشته و جمجمه عقب تر قرار میگیرد دندانهای آرواره‌ها و ضمائم مفصلی آنها کمترشده و با نظم وترتیب بیشتری بیکدیگرمتصل میشوند .

میمونهای Anthropoides واجدادآنهادر درختان یازمینهای خشن‌استوائـی زنـدگی میکرده‌اند شانس‌فسیل‌شدن کمتری داشته‌اند ازاین‌نظر فسیل آنها نادروکمیاب است‌واغلب‌قطعاتی از آنها یافت میشودکه تشخیص آنهامشکل است‌وبنابراین اطلاعات چندانی رادراختیارما نمیگذارد .

ازمدتها پیش چنین تصورمیکردندکه‌انسان از میمونهای بزرگ بوجودآمده ولی امروز این فرضیه مورد انتقاد قرار گرفته است انشعابات سازشی Homonioides هـا درمیوسن (یعنی ۲۵ میلیون‌سال‌پیش) آغاز گردیده‌است‌باینطریق‌درهمان‌اوایل شاخه‌ای‌ازمیمونهای‌بزرگ Anthropoides جدامیشودکه دوشاخه جداگانه رابوجودمیاورد ومخصوصا یکی‌ازآنها منجر بتشکیل انسان میشودبرای این منظور این‌شاخه انشعابات بسیاری رابوجودمیاوردکه بسیاری ازآنها ازبین میروند.

یکی ازاولین شواهدیکه امروزه درمورد اجدادیاقبل‌ازاجدادانسانهادراختیارما قراردارد‌نمونه Australopitheques میباشد .

اولین جمجمه این موجودات درسال۱۹۲۵درافریقای مرکزی‌کشف شده است‌آنچه از ایـن جمجمه استنباط میشوداین‌است‌که متعلق‌به موجودی تقـریباً ۹ساله‌بـوده وآرواره‌هـای بسیارمحکمی داشته است ولی‌حجم‌عمومی‌جمجمه ناچیز بوده است‌بعدازاین‌تاریخ‌مخصوصا درافریقای جنوبی مکشوفات دیگری ازقبیل قطعات جمجمه استخوان درشت‌نی ولگن بدست‌آمده است وبراطلاعات‌ما در این مورد باینطریق‌افزوده شده است

باوجود اختلافاتی که‌ازیك‌نمونه به‌نمونه دیگر وجود داردچنین‌بنظـرمیرسدکـه همگـی بیك خانواده Autsralopitheciens تعلق داشته باشند بعبارت دیگرهمگـی‌دارای مخلوطی ازصفات متشابه هستند یعنی‌پیشانی کوتاه دارند حجم‌جمجمه‌آنها حداکثر ۷۰۰سانتیمترمکعب‌است وازنظرصفات انسانی‌لگن ومفصل بندی‌جمجمه قادراست‌موجود رابحالت عمودی‌کامل نگاهدارد.

اختلاف‌موجود بین‌این‌نمونه‌ها امروزه‌بوسیله‌بسیاری ازدانشمندان تجزیه وتحلیل گردیده است همه دانشمندان معتقدندکه این موجودات بدوجنس مختلف کـه از Australopitheciens های اولیه مشتق گردیده‌اند یعنی جنس Australopitheque و جنس Paranthrope تعلق دارند جنس Paranthrope بدون‌پیشانی‌است ولی حلقه‌ای‌که در بالای حدقه‌های چشم وجود دارد بمراتب قویتر از Australopitheque میباشد .

جمجمه‌آن گاهی اوقات دارای‌ضمائم جانبی است و دندانهای‌آسیای قوی این موجـود مشخص رژیم علفخواری‌آن است‌جنس Australopitheque تکامل‌یافته‌تر بنظرمیرسد بدین‌معنی که پیشانی نمو یافته‌تری داردونیز دندان بندی منظم‌تری‌داشته ودارای‌رژیم همه چیزخواری میباشد بااینکـه همه دانشمندان درموردفیلوژنی انسان هم‌عقیده نیستندبااین‌مسئله‌توافق‌کامل‌دارندکه جنس Paranthrope فقط تا اواسط Pleistocene دوام داشته است درحالیکه Australopitheque با محیط خود سازش بیشتری داشته‌وتکامل خودرا درجهت انسان شدن ادامه داده است.

نمونه‌های‌دیگری درافریقای جنوبی‌بدست‌آمده‌اندکه بنظر یك میلیون سال‌قدمت داشته‌اند ولی بمراتب دیرتر کشف‌شده‌اندبطوریکه‌درسال۱۹۵۹ درافریقای جنوبی مجموعه‌ای بـدست‌آمـده است‌که متعلق به جنس Paranthrope میباشد ونوع Zinjanthrope قدیمی‌ترین آنهـاست‌علائم و شواهد بیشماری مدلل این‌است‌که Australopitheque درچین میزیسته است نمونه های دیگری که در افریقای جنوبی بدست‌آمده‌اندکم‌وبیش به پایان جنسهائی مطابقت دارندکه درافریقای‌جنوبی زندگانی میکرده وازبین‌رفته‌اند.

استخوان بندیهاواسکلت‌هائی که درافریقای‌جنوبی یافت‌شده‌اند این کیفیت را باثبات‌میرسانند

که Australopitleque بوسیله صید وشکار زندگانی خودرا میگذرانیده و ازصدفهـا و گـوشت حیوانات تغذیه مینموده است و بنظر میرسیده‌است که قدرت ساختن بعضی ابـزاروآلت‌را ازسنگ داشته است‌وحالت راست‌وعمودی قرار گرفتن Australopitheque آنرا ازمیمونهـا متمایـزومشخص گردانیده و بسلسله انسانی متوجه ونزدیکترمیگرداند ولی‌ابهامیکه دراین‌مورد وجوددارد مربوط به کمبود شواهدومدارك لازم میباشد.

درسال ۱۹۵۹ درطبقات بالاترولی درهمان ناحیه Zinjanthrope بوجود گونه دیگری پی‌برده‌اند که‌دارای صفات ومشخصات نیمه‌انسانی بوده است‌پاها خیلی شبیه پای انسان بوده و حـالتی کاملاعمودی داشته‌است دستها تکامل کمتری ازدست‌انسان‌داشته ومطمئناً نرمش وفعالیت چندانی نـداشته است‌حجم‌مغز این‌موجود معادل ۸۶۰ سانتی‌مترمکعب وبوضوح کاملترازمغز Australopitheque بوده است درمجاورت این‌نمونه‌های‌سنگریزه‌ها صیقلی‌شده‌ای یافته‌اند که بخوبی نشان دهنده قدرت‌کار کردن این موجودات باسنگ بوده‌است قدمت این موجودات بالغ‌بر ۱۷۰۰۰۰۰ سال پیش میشود این دسته ازموجودات را Homo Habilis نامیده‌انـد و چون در طبقات‌بالاتـر Zinjanthropus یافت شده‌اند میتوان‌آنها راجزء اجدادمستقیم گونه‌انسانی دانست.

بنابراین دوخانواده ازیك‌منبع‌زنده مشترك درپایان میوسن مشتق گردیده‌اند و هر کدام بطور جداگانه ولی بموازات هم‌تکامل‌یافته‌اند یکی سلسله Paranthrope رابوجود آورده که امروزه از بین رفته است و دیگـری سلسله Australopitheque میباشدکـه Homo Habilis از آن مشتق گردیده است.

نمونه‌های انسانی تکامل‌یافته‌تری درسال ۱۸۹۱ در Java ودرچین کشف گردیده‌اند و شامل Homo erectus ویا Pithecanthrope میباشد که‌در زبان عامیانه به انسان جاوه‌وانسان‌پکن معروف میباشند.

انسان Homo erectus که در ۵۰۰۰۰۰ سال پیش‌میزیسته نسبتاً کوچك بوده(قد تقریبی ۱۵۰ سانتیمتر) قوسهای ابروئی بلندداشته است‌پیشانی‌آن نسبتاً کوچك بوده‌وآرواره پائینی‌قـوی جلو آمده‌وبدون چانه داشته است مغزانسان‌جاوه درحدود ۹۷۰ سانتی‌مترمکعب ومغز انسان پکـن‌در حدود ۱۰۷۵ سانتمترمکعب حجم داشته است دندانهای نیش‌دراین حیوانات برخلاف سایرنمونه‌هـا ازسایر دندانها طویلتر نبودباست اسکلت این حیوانات کاملا مشابه اسکلت انسان امروزی بوده وحالتی‌کاملا عمودی داشته است.

این موجوددرحفرات‌وپناهگاههای سنگها زندگی‌میکرده است در مجاورت انسان پکن علائم ونشانه‌هائی ازصنایع فلزی ومراکز خاکستر دیده شده است و این‌کیفیت بخوبی نشان میدهدکه این افراد باآتش آشنائی داشته‌اند جمجمه‌های شکسته شده ومنفذ پشت‌سری‌وسیع دراین حیوانات نماینده هجوم موجودات آدم‌خواربه آنها بوده است بدین معنی‌که موجودات آدم خوارسوراخ استخوان‌پشت سری طعمه خود را بطریقه وسیع ومتشابهی بزرگترمیکنند تا بمغزحیوان دسترسی پیداکنند .

چنین بنظر میرسد کـه منطقه انتشار Homo erectus بناحیه جنوب شرقـی کشیده شده باقیماندگان این نمونه را درالجزایر Kenya نیز یافته‌اند .

درآغازآخرین دوره یخچالی دوران‌چهارم یعنی تقریبا ۷۰۰۰۰ سال پیش Homo sapiens ظاهرگردیده است ونمونه‌های فراوانی ازآن تا بحال‌کشف شده است این موجود شامل دو گونه بوده است . یکی Homo sapiens neanderthalensis ودیگری Homo sapiens sapiens صورت گروهی کاملا هتروژن میباشد و در آن دو نوع اصلی تشخیص داده میشود یکی

نئاندرتالین‌های کلاسیک ودیگری نمونه تکامل یافته تری میباشد . نئاندرتالین‌های کلاسیک در ناحیه Dordogne بلژیک و آلمان یافت شده‌اند جمجمه طویل با برآمدای استخوان پشت سری مشخص داشته‌اند حلقه‌های حدقه چشم قوی بوده و پیشانی نسبتا برآمده‌ای داشته‌اند باین صفات اولیه این موجودات حجم فوق‌العاده جمجمه افزوده میشودکه معادل ۱۴۷۵ سانتی‌مترمکعب میباشد .

درنمونه تکامل یافته‌تر که شامل انسانهای فلسطین میشود حلقه‌های زیرچشم کمتر برآمده بوده است این موجودات دارای صفات وحالاتی بسیارمتغیر بوده‌اند بطوریکه بسیاری ازدانشمندان آنها را جزو هیبرید بین گونه‌های Homo sapiens sapiens و Homo sapiens neandertha-lensis میدانند از نظرعده‌ای دیگر از دانشمندان انسانهای فلسطین‌متعلق بشاخه‌ای هستندکه منشاء Homo Sapiens sapiens و نئاندرتالین‌ها بوده و افرادی ازپایان این سلسله به اروپای غربی مهاجرت کرده ودرآنجا ازبین‌رفته‌اند منشاء این افرادهرچه باشد بنظر میرسدکه نئاندرتالین‌ها درجه کاملتری ازتمدن راپیموده‌اندشغل موردعلاقه‌این‌موجودات شکاربوده وابزاروآلاتی از Cilex ساخته ومیتراشیده‌اند این موجودات درغارها وحفرات سنگها زندگانی‌میکرده‌اند ونسبت بفعالیت‌های مذهبی بیگانه نبوده‌اندچنانکه مردگان‌خودرامدفون‌میساختهاندباقیماندگان Homo Sapiens sapiens بالاخره منجر بتشکیل انسان مدرن میشوند.

انسان مدرن :

انسان مدرن در حقیقت انسان کرومانیون است‌این‌موجوددرزمانیکه سرمای فوق‌العاده‌درزمین حکمفرما بوده‌است‌یعنی درطول پالئولیتیل فوقانی یعنی ۲۰ تا ۳۰ هزارسال‌پیش‌زندگانی‌مینموده‌است‌این موجودقدبلندترداشته‌وحجم‌جمجمه‌اش‌باجمجمه‌انسان‌کنونی‌قابل‌مقایسه‌است‌یعنی‌درحدود ۱۵۹۰ سانتی‌متر مکعب‌بوده‌است‌این‌موجودصورت‌وسیع وبلندداشته وچانه‌آن کمی برآمده بوده است سرگرمی‌این موجود نیز شکاربوده است‌ولی برای این‌منظوراز‌تیروکمان‌استفاده میکرده‌وازمیزان‌استعداد بیشتری برخوردار بوده است‌واین کیفیت از ابزاروآلاتی که این‌موجود برجای گذاشته است بخوبی استنباط میشود ایـن موجود سنگ‌تراشی نیزمیکرده است‌ومجسمه‌ها وآثار دستی‌ظریفی ازآنهاباقی‌مانده است این‌موجودات ازمردگان خودمحافظت میکرده‌اند ودرقبرآنها اندوخته‌های‌غذائی وابزاروآلات جنگی‌ودفـاعی که از تغییرات‌صدفها وسنگها میساخته‌اندمیگذاشته‌اند چنین‌بنظر میرسدکه قوای‌فکری ودماغی این‌موجودات بابعضی ساکنین اولیه استرالیا تا اندازه‌ای شباهت‌دارد

بنابراین دومیلیون سال طول‌کشیده است‌تا انسان Habilis به انسان مدرن تبدیل شود دو میلیون سال طول‌کشیده است‌تا ازیك‌منبع زنده مشترك‌که انشعابات مختلف‌ومتعددی مجزاگردیده و تکامل یافته‌اندوبسیاری ازآنها دراثر خطرات وصدمات موجودات آدم‌خواروغیره ازبین رفته‌اند گونه منحصر بفردی باقی بماندکه همان Homo Sapiens sapiens میباشد.

بنابراین Homo Habilis درحقیقت جدواقعی انسان است‌ونیز امروزه اینطور بنظرمیرسد که ابزاروآلاتی‌که درزمانهای مختلف‌بمصرف رسیده است‌یکی ازعلائم‌بارزانسان شدن میباشد همچنین حالت عمودی بدن‌آزادی‌دستها باین موجودات اجازه فعالیت‌بیشتر میدهداین‌کیفیت بنوبه خود موجب نمو بیشتر مغز میشود ونیز متقابلا نمو بیشترمغـز موجب فعالیت وکاربرد بیشتر دستها میشود بنابر این انسان شدن‌کیفیتی مترادف وهم‌آهنگ‌ازنقطه نظر فعالیت بیشتر دستها ونمو بیش ازپیش مغز است.

تکامل پیشرفته‌تر Homo Sapiens ومخصوصا نموقوای دماغی درایـن موجـودات ضامن توفیق وبرتری بیولوژیکی این گونه برسایر گونه‌های انسانی میباشد باوجودزندگانی استوائـی این موجودات مانند سایر پریماتها انسان امروزی موفق‌شده‌است که تمام نقاط زمین‌را اشغال نماید وبـا

شرایط مختلف جغرافیائی وآب وهوا با استعمال البسه‌های گوناگون تجهیز مسکن وسایر مقدورات دیگر مبارزه نماید وبامحیط‌های مختلف زندگانی خود تعادل وتوان‌لازم وضروری برقرار نماید

این‌انتشار وپراکندگی که‌انسان درابتدای وجود باآن‌مواجه گردید اختلافاتی در گونه‌انسانی ایجادنموده است‌چنانکه بعضی ساختمان‌های وراثتی منحصراً بابعضی شرایط جغرافیائی سازش‌ومطابقت دارند بعنوان مثال ارتباط روشن‌ونمایانی بین درجه حرارت خورشید ومیزان پیگمانهای پوست بدن وجود دارد مثلا افریقائی‌هاکه پوست بدن سیاهی دارند متعلق بمناطق گرم وحاره میباشند واروپائی‌ها که اصل مدیترانه‌ای دارندداری پوست بدنی‌تیره‌تر ازساکنین مناطق شمالی‌ترهستند بنابر این ارزش حفاظتی پیگمانهای ملانیکی در مقابل اشعه اولتراویوله کاملاقابل توجه میباشد همچنین‌ژن SK که باخطرات ناشی ازبیماری Falciformes مبارزه مینماید مخصوصاً درنواحی افریقای‌شرقی‌یونان جنوب ایتالیا ونواحی مالاریا خیز مشاهده میشود ودراین‌نواحی بحالت هتروزیگوت‌قدرت‌حفاظت فوق‌العاده‌ای دارد. این دو صفت مغایر که یکی مربوط برنگ پوست بدن ودیگری‌ژن SK یکی از صفات بیولوژیکی است‌ما را متوجه ارزش واهمیت نژاددر گونه انسانی مینماید.

نژاد جغرافیائی که دراجتماعات حیوانی دیگرنیز با تغییرات صفاتی معین گردیده است‌ومیزان وگسترش آنها با ارزشهای گزینش طبیعی معین میگردد در گونه انسانی‌نیز تغییراتی را حاصل‌مینماید.

باید دانست‌نژاد جغرافیائی‌در گونه انسان نسبتاً پیچیده‌تراز سایرموجودات جاندار بوده و تنوع‌وپراکندگی بیشتری‌دارد بطور کلی بعضی ازانسان شناسان۹نژاد در گونه انسانی تشخیص داده‌اند بعضی دیگر ازدانشمندان تعداد نژادهای انسانی راتا ۳۱عدد توسعه‌داده‌اند بالاخره دسته‌ای دیگر از دانشمندان که نمایندگان آنهادر سال ۱۹۶۴درمجمع‌جهانی وبین‌المللی یونسکواجتماع حاصل کرده‌اند منحصراً به ارزش بیولوژیکی‌نژادها تکیه نموده وتعدادآنهارا موردبحث قرار نداده‌اند

تقسیمات۶نژادی گونه انسانی شامل نژادهای‌زنگی Negroides مغولی Mongoloides قفقازی Causcasoides استرالیائی Australoides هندی Indienne و پولینی Polynesienne میباشد وبنظر کاملترازسایر تقسیمات بوده وانتشارجغرافیائی اجتماعات انسانی دراین تقسیم بندی مورد توجه قرار گرفته است ولی مطالعات دقیقتر اشکالات ونواقص متعددی رادر این تقسیم‌بندی نژادهای انسانی نشان میدهد زیرا :

۱ـ گونه‌انسانی ازهمه گونه‌های جانوری‌پلی‌مرف‌تراست وازنظرقابلیت انعطاف وتوانائی‌سازش بامحیط‌های‌مختلف‌شرایط سلکسیون طبیعی‌دراین موجودات محدود گردیده است درنتیجه درافراد یك نژاد یایك‌اجتماع معین اختلافاتی دیده میشود که بمراتب بیشترازاختلافات متوسط موجود بین‌نژادها واجتماعات دیگراست.

۲ـ این توانائی گسترش‌در محیط‌های مختلف در تاریخچه زندگانی‌انسان موجب مهاجرتهای بیشمار میشود ودراجتماعات انسانی موجب‌پراکندگی‌های نسبتاً پیوسته ودامنه‌داری میشود بطوریکه اندازه ومیزان صفات مختلف ازمنطقه‌ای بمنطقه دیگر تغییر میکندوباشکال میتوان‌حدود دقیق‌و معینی‌را برای هریك‌ازصفات ومیزان‌آنها معین نمود .

۳ـ اشکال‌دیگراین‌است‌که بعضی ازصفات درمناطق مختلف ارزش انتخابی جداگانه دارند چنانکه پیگمانهای بدن ازآفتاب‌زدگی پوست‌درهمه نقاط‌بطوریکسان جلوگیری‌نمیکنند بعضی دیگر ازصفات درهرمحیطی‌قرار داشته باشند ارزش‌بیولوژیکی عمومی‌واصلی یکسان برای ادامه حیات‌انسان دارند گروههای خونی مثال مناسبی دراین‌مورد میباشد چنانکه همه گروههای‌خونی مثل تمام‌افراد گونه‌های دیگربرحسب وضع وموقعیت مخصوص خود در تمام نقاط پراکنده‌اند ولی میزان آنها در

مناطق مختلف متغیراست وهمانطوریکه‌حدودپراکندگی پیگمانهای بدن‌در اروپا درامتداد محورشمالی جنوبی تغییر میکند درمورد گروههای‌خونی این تغییرات‌درامتداد محور شرقی ـ غربی میباشد.

۴ـ بالاخره مطالعه صفات روانی درتعریف گونه انسان مسائل ومشکلات مختلفی را ایجاد نموده است صفات‌روانی‌درحقیقت همان ارتباط پیچیده بین شدت فهم وشعورژنتیکی ومحیط اجتماعی افراد میباشد بطوریکه‌مطالعه ساختمان‌دقیق افرادکه دراین‌جا مورد توجه است تقریبا غیر قابل امکان است ازاین نظر باوجود تجارب بیشمار درحدود تغییرات ژنهانتایج مختلفی بدست‌میآید وبنظر نمیرسد که تقسیم‌بندی نژادها مطالعات بیولوژیکی گونه انسانی را سهل‌وآسان نمایدبرعکس‌مشکلات اضافی و بیشماری را ازنظراصول علمی برقرارمیکندبطورکلی باید گفت درهیچیك ازلحظات تاریخچه انسان نژاد خالص وجودنداشته است.

باهمه این احوال روشهای تقسیم‌بندی هرچه باشد بایدنژاد را واحدمتغیری درگونه انسان بشمارآوردهمبستگی شرایط زندگی با پیشرفتهائی که دراین‌موردانجام گرفته‌است بتدریج عوامل گزینش‌های مختلف را ازبین میبرد سهولت حمل ونقل افزایش حجم تبادلات بین‌المللی و صفات بیش از پیش‌عمومی وکلی ونیز مسائل‌آموزشی باوجود موانع مختلف اجتماعی بیش‌ازپیش موجبات‌انتقالات ژنتیکی را فراهم میآورد ونژادها بیش ازپیش تغییرمییابند بعضی ازآنها ازبین‌میروند و بعضی دیگردر تعقیب هیبریداسیون‌های‌شدید بوجود میآیند بطوریکه چنین بنظرمیرسدکه نژادهای انسانی در سالیان آینده ازحالت فعلی‌نیزخارج‌میشوند وحتی‌پس‌ازآنهم‌نژادهای‌آینده درمعرض‌تغییرات‌مختلف قراردارند.

بنابراین نمیتوان چنین تصور نمودکه تکامل‌گونه انسانی بپایان رسیده باشد همانطوریکه تکامل‌عمومی موجودات جانداردیگر نیز هنوز بپایان نرسیده است.

ولی پیدایش انسان باقوای‌روانی‌نمو یافته‌ائی تغییرات عمیق و قابل توجهی‌را درنحوه تکامل موجودات جاندارنشان‌میدهد موفقیتهای بیولوژیکی‌این گونه‌های‌ما قبل‌دیده نمیشده است‌نشانه‌تغییرات عمومی گونه درروی زمین میباشد تکامل تا پیشرفت قوای طبیعی در انسان پیشرفت حاصل‌کرده است و بعدازاین بیش‌ازپیش بسمت پیشرفتهای بیشتروبالاتر هدایت میشودبطوریکه نمووتکامل سایر گونه‌ها را تحت‌تأثیروتسلط خودقرارمیدهد.

درمورد تکامل‌گونه انسانی باید گفت‌که انسان به‌مرحله‌ای‌خواهدرسیدکه خواهد توانست‌تا حدودی تکامل‌خودرا تحت‌کنترل قراردهدواین‌کیفیت‌تنها ناشی ازقوای بیولوژیکی‌نخواهد بود بلکه‌در اثرهم‌آهنگی‌های لازم وموثر بین‌عوامل بیوژیکی واجتماعی برقرارمیشود.

منابع

BLUM, NAROLD,F, Time, s Arrow and Evolution- Princeton University Press 1951

CARTER, G.S- Animal Evolution. A Study of Recent Views of Its causes. London. Sidgwick and Jackson. 1951

CLARK, W.E. LE CROS: The History of the Primates. London. British Museum. 1949.

PETIT, C-PRIVOST, G: Genetique of Evolution. Hermann Collection Methodes Paris 1968.

SIMPSON, George Caylord- The Najor Features of Evolution. New-York. Columbia University. Press. 1953.

VILLEE: Biology Fourth. Edition.

دکتر جواد فرید
استادیار داروسازی صنعتی دانشکده علوم داروئی و آزمایشگاهی دانشگاه تبریز

طرز تشخیص Esculoside در اسپسیالیته‌های داروئی*

شاه بلوط هندی یا
(Aesculus Hypocostanum L.)
Marron d'Inde

از فامیل Hyppocastanacées که منشاء آن بالکان وایران میباشد درختی است پایا باندازه‌تقریبا ۲۵ متر کـه در کنار جاده‌ها و گردشگاهها بعنوان درخت زینتی کاشته میشود از قسمتهای مختلف این درخت ازمدتها پیش بعنوان تب‌بر و ضد خونریزی و بواسیر استفاده میکردند فعلا دانه‌هـای تازه آن در فارماکوپهٔ فرانسوی ۱۹۶۵ درج گردیده‌بدین‌ترتیب که‌پوست گیاه مندرج در فارماکوپه ۱۸۶۶ حذف‌شده و دانه‌های تازه آن جانشین پوست گـردیده است و بطوریکه بعداً خواهیم دید اسکلوزید که یکی ازمواد فعاله گیاه است فقط درپوست و سرشاخه‌های گلدار آن وجود دارد ودانه‌های مارون دند فاقد این‌ماده است و نظر باینکه قسمت اعظم فعالیت فارماکودینامیکی گیاه باین ماده بستگی دارد لذا معمولا همراه با یکی از فرآورده‌های داروئی مارون‌دند مثل تنطور ، عصاره ، ویاانتره وغیره مقدار کافی نیز ویتامین P یااسکلوزید بآن اضافه مینمایند لذا بنظر میرسد که درآینده دوباره پوست این درخت وارد فارماکوپهٔ فرانسوی گردد.

ازنظر ترکیبات شیمیائی مارون‌دند دارای دودسته موادبشرح زیر میباشد:

۱ـ دستهٔ کومارین‌ها مشتق‌از α - Pyron مانند اسکلوزید

۲ـ دسته فلاون‌ها مشتق از γ - Pyron مانند Rutoside

که ما ازبین این‌دودسته مواد فقط بمطالعه و تشخیص کومارین‌ها مخصوصا اسکلوزید خواهم پرداخت

کومارین‌ها بمقادیر زیاد در گیاه وجود دارند که مهمترین آنها عبارتند از:

Esculoside که فقط درپوست وسرشاخه‌های گلدار گیاه وجود دارد (۱) (۲)

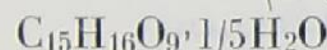
Fraxoside که مخصوصا در پوست وکمی در برگ یافت میشود (۳)

Escine که درسرشاخه‌های گلدار، برگها و دانه‌های گیاه موجود است (۴)

Ombelliférone که‌بتازگی‌توسط Vinceut دردانه‌های گیاه مشخص شده (۵)

Quercétroside که در میوه وبرگها یافت میشود (۶) ازبین این مواد مختلف اسکلوزید تنها ماده مورد مطالعه میباشد :

اسکلوزید یا Esculine عبارتست از یک گلوکزید حقیقی با فرمول خام



$C_{15}H_{16}O_9 \cdot 1/5H_2O$

که در اثر ئیدرولیز در محیط اسیدتولید گلوکز و Esculétol مینماید.اسکلوزید بصورت کریستالهای سفید محلول درآب سرد وخیلی محلول درآب گرم، آستات‌اتیل والکل‌میباشد. این‌ماده‌بصورت محلولهای آبی در مقابل نور معمولی دارای فلورسانس آبی کمرنگی است که در زیر اشعهٔ ماوراء بنفش تشدید میگردد.(۷)

از این خاصیت جهت تشخیص اسکلوزید در فرآورده‌های داروئی آن استفاده میگردد . خاصیت فلورسانس آن تحت تاثیر کلرور آلومینیم الکلی و استات باز یك سرب از بین نمیرود و در صورتی که

* قسمتی ازرسالهٔ دکترای داروسازی اینجانب که در سال ۱۳۴۸ دردانشگاه مونپلیه فرانسه معرفی‌گردیده است.

بعد ازپاشیدن معرف درژاندرف روی کروماتوگرامها این خاصیت ناپدید میگردد . واکنشهای تشخیصی اسکلوزید بسیار کم است Janot و Lebeau (۸)در کتاب داروهای شیمیائی‌خود دوراکسیون زیررا ذکر کرده‌اند:

الف ـ اگرچند بلوراسکلوزید را با مقدار کمی ازاسیدنیتریك مجاور کنند رنگ زردی تولید میشود که تحت تاثیر آمونیاك برنگ قرمزخونی درمیآید.

ب ـ آب‌بروم در محیط استیك با محلول آبکی اسکلوزید تولید رسوب دی‌برومواسکلوزید مینماید. طرق مختلف کروماتوگرافی روی کاغذ و پلاك و الکتروفورز روی‌کاغذ با موفقیت زیاد جهت تشخیص وکنترل‌داروها بکارمیرود ازاین‌دوطریقه برای‌تشخیص اسکلوزید استفاده کرده ومطالعات خود را دردوبخش عرضه میداریم:

در نخستین بخش تنها به تشخیص اسکلوزید خالص میپردازیم ودربخش دوم سعی میکنیم که وجود اسکلوزید را در اسپسیالیته‌های داروئی تشخیص دهیم ومتذکرمیگردیم که ما مطلقا ازتئوری کروماتوگرافی والکتروفورز صحبتی بمیان نخواهیم‌آورد زیرا دراین مورد مطالب زیادی منتشر شده خصوصا در مورد کروماتوگرافی کتابهای (۹) Lederer بسیار مفید میباشند.

بخش اول
تشخیص اسکلوزید خالص

مسئله تشخیص و جداکردن اسکلوزید از مواد کومارینی ازمدتها پیش مورد مطالعه دانشمندان قرار گرفته Janot ' Sais ' Faucher (۱۰) کروماتوگرافی‌روی‌کاغذرا با استعمال‌محلول‌پارتریج ومعرف فری‌سیانورفریك (Barton) توصیه‌مینماید. Mesnard (۱۱) سعی کرده است که اسکلوزید را از متیل اسکلوزید توسط کروماتوگرافی روی غشاء نازك زیراشعۀ ماوراء بنفش جدانماید.

Faugeras ' Paris (۱۲) توانسته‌اند بابکاربردن الکتروفورز روی‌کاغذ اسکلوزید را ازمواد مشابه‌آن جدا سازند. درسال ۱۹۶۴ دانشمندی‌بنام Vincent وجود ماده‌ای بنام
Ombelliférone (7-oxycoumarine)
را درانتره‌دومارون‌دند اعلان میدارد طریقه‌ای که‌این دانشمند بکاربرده عبارت است ازکروماتوگرافی‌روی غشاء نازك‌بطریقه Stahl (۱۳) وتوانسته لکه‌ای با فلورسانس‌آبی درزیراشعه ماوراء بنفش با Rf برابر با۰/۹۶ـ۰/۹۸ را بدست آورد ، مانیز در تجارب شخصی توانسته‌ایم وجود چنین ماده‌ای را در انتره دومارون‌دند ثابت‌کنیم. (۱۴)

تکنیك بکاررفته

۱ـ کروماتوگرافی‌تقسیمی روی‌کاغذ:

ـ کروماتوگرافی پائین‌رونده در تانك «Shandom»

ـ **کاغذ**: آرش۳۰۲

ـ **حلال**: محلول پارتریج (بوتانول ـ اسید استیك ـ اب. ۴ ، ۱ ، ۵ ،)

سه محلول فوق را در بشری بخوبی‌بهم‌زده ودر یك‌آمپول دکانتاسیون بحال‌خود میگذارند دو فاز از هم جدا میشود فاز تحتانی عبارت است ازآب ومقدار خیلی‌کم بوتانول که جهت اشباع کردن‌تانك کروماتوگرافی بکارمیرود وفازتحتانی بعنوان حلال بکارخواهد رفت .

ـ اشباع‌کامل تانك

ـ زمان‌پیشروی حلال روی‌کاغذ ۱۴/۵ ساعت در درجه حرارت $21^{\circ}C \pm 1$

ـ **محلول اسکلوزید** : عبارت است ازمحلول‌یك میلی گرم اسکلوزید خالص‌دریك میلی‌لیتر آب مقطر، الکل اتیلیك Dioxane ، استات اتیل ویاکلروفورم اسیدی میباشند. انتخاب حلال مناسب بستگی به نوع حلالی‌است که‌جهت استخراج اسکلوزید ازاسپسیالیته‌های داروئی بکارمیرود.

ـ **ظاهرکننده‌ها** : دراین‌تجارب ماسعی کرده‌ایم که از اکثرمعرفهای شیمیائی‌که با اسکلوزید تولید واکنش‌رنگی میکنند استفاده کنیم وضمنایادآورمیشویم که درتمام آزمایشها قبلا کروماتوگرامها را درمقابل نور معمولی و اشعۀ ماوراء بنفش مورد بررسی قرار

بقیه درصفحه ۵۲

علی امامی
دانشجوی دانشکده پزشکی تبریز

گفتاری پیرامون اینترفرون و تولید آن

RNA ـ سنتتیك که پلی آی‌سی (Poly I: C) نامیده میشود ممکن است طیف وسیعی در مورد جلوگیری از بیماریهای ویروسی ایجاد نماید.
این ماده سلولهارا به تولید اینترفرون وامیدارد. اینترفرون پروتئینی است که سایر سلولها را از عفونتهای ویروسی مصون میدارد.

سه راه وجود دارد که توسط آنها میتوان بیماریهای ویروسی را درانسان تحت کنترل درآورد. تاکنون تنها راه بالینی فقط تجویزواکسن بوده‌است. واکسن فرآورده‌ای از ویروسهای کشته شده یا ضعیف شده است که بدن را تحریك می کند تاآنتی کورهائی برضد ویروس بسازد. طیف واکسن یا دامنه کاربرد آن محدود است بدین معنی که برای هرویروس ویا نوعی ازآن، واکسن مختلفی مورد نیاز است، این راه اول بود. متدممکن وراه دیگری که وسعت عمل بیشتری نیزدارد شیمیوتراپی است. هیچ عامل مؤثر ومطمئن شیمیائی دراین مورد کشف نشده است. معهذا این طریق درمقابل ویروسها همانطوری عمل می کند که سولفامیدها وآنتی بیوتیکها درمقابل گروه کثیری ازباکتریها عمل می کنند. سومین راه ممکن ظاهراً همانست که خود سلولها در اولین قدم برای دفاع در مقابل حملهٔ ویروسی بر آن تکیه می کنند، یعنی اینترفرون.

ازسال ۱۹۵۷ این حقیقت دانسته شده که سلولی که بوسیله‌ویروسی‌عفونی‌میشود a Cell infected by a Virus بمنظورمصون نگه داشتن‌سایرسلولها از عفونت، ماده‌ای بنام اینترفرون تولید می کند. حالا نیز يك متد مؤثر برای بسیج سیستم اینترفرون سازی بدن کشف‌شده‌است، وراه برای ارزیابی وتعیین سایرمتدهای سودمند وبی‌خطر آزمایشات کلینیکی باز است.

تاریخچه

« کشف اینترفرون »

در سال ۱۹۳۵ هوسکینس (Meredith Hoskins) که از اعضای موسسه تحقیقاتی راکفلر است مشاهده کرد که آلوده کردن يك میمون باویروس ضعیف شدهٔ تب‌زرد، حیوان‌راازمرگ بعلت‌ویروس‌های قوی وخطرناکی که درهمان‌زمان‌تجویزشد مصون نگه میدارد.

دوسال بعد فیندلی (George M.Findlay) ومك‌کالوم (F.O. Mc Callum) از موسسهٔ تحقیقاتی ولکام در انگلستان (Wellcome research instituation) دریافتند که میمون‌های آلوده به‌ویروس تب‌دره ریفت (Rift Valley Fever) درمقابل‌ویروس‌تب‌زرد مصون بودند. دلیلش‌اینست که‌عفونت ویروسی اولی‌درمقابل ویروسی که بعداً واردمیشود، مثل يك ویروس‌ضعیف شده عمل‌کرده است، و همینطورنیز درمورد سایر ویروسها عمل می‌نماید.

واضح است که‌این‌مصونیت‌مربوط به‌رآکسیونهای ایمنی بخش مثلا رآکسیون آنتی‌ژن ـ آنتیکر نیست (Antigen-Antibody reaction) فیندلی ومك‌کالوم این پدیده را تداخل ویروسی (Virur interference) نامیدند. چند سال بعدبسیاری از نمونه‌های، این نوع‌تداخل بین زوجهائی از ویروسها گزارش‌شده بود. معهذا هیچکس يك‌راه عملی درمورد تطبیق این پدیده با مصونیت بیماریهای ویروسی ارائه نداد. (منظور اینست که هیچ راهی که بتواند ارتباطی بین این نوع مصونیت ومصونیت قبلی‌طبق

ر آکسیون آنتی‌ژن ـ آنتی بادی ایجـاد کند، پیدا نشد). تااینکه:

درسال ۱۹۵۷ دریك موسسهٔ ملی کـه درانگلستان برای تحقیقات امور پزشکی وجود دارد، دو نفر بنامهای ایزاك (Alick Isaac) ولیندنمـان (Jean lindenmann) بیك کشف تاریخی نائل آمدند. این کشف عمل تداخلی ویروسهارا بعلت یك ماده مخصوصی میدانست. آنها این ماده را اینترفرون نـامیدند کـه توسط سلولهای آلوده به ویروس تولید میشود و سلولهای آلوده نشده را ازعفونت های ویروسی مصون میدارد.

«مطالعهٔ خواص اینترفرون»

اینترفرون توسط آنزیمهائی حل می‌شد که بنظر آمد ازجنس پروتئین باشد. اینترفرون از ملکولهای نسبتاً ساده‌ای ساخته شده بود. اینترفرون بیشتر ازسایر پروتئینها به اسید وبازمقاوم بود. (اینها چیزهائی بود که سپس رفته‌رفته کشف شد). بعداً فهمیدند که فعالیت ضدویروسی اینترفرون خیلی‌وسیع است بدین‌معنی که پروتئینی است که الزاماً برتمام ویروسها مؤثر بود. ولی ازطرف دیگر دربعضی مواردطیف باریکی داشت. مثلاًفقط برروی آن نوع‌حیوانی مؤثر بودکـه ازهمان نوع بدست‌می‌آمد. من‌بـاب نمونه اینترفـرون‌موش فقط روی سلولهای موش‌اثرمی کندواینترفـرون مرغ فقط برروی سلولهای مرغ‌وقس علیهذا❋

واکنش‌فوری‌به این کشف آن بود که پروتئین‌باید درسلول‌ساخته شود. پس‌درآن زمان‌این امـکان وجود داشت که‌ثابت‌شود که ملکول اینترفرون‌جزوترکیبات شیمیائی کوچکی است که خودش مسئول فعالیت ضـد ویروسیش است (نه‌باکمك عاملی دیگر). واین امکان نیزوجود داشت که سنتزش‌هم درددرون سلول‌ثابت‌شود. تحقق‌به این امکانات احتیاج به‌کار داشت.

اولین قـدم موثر دریـن مـورد تصفیه کردن (Purification) بودواین وظیفـه‌ای بود(بقول خودآنها) که‌می‌بایست باین دودانشمندمحول گردد. دو دانشمندیکه دریك گروه‌درانستیتوی‌مرك که برای تحقیقات‌تراپوتیکی است‌کارمیکردند، یعنـی‌آقـایان هیلمن‌وتیتل Hilleman and tytell که مصنف این مقاله‌انـد اکنون ازز‌بـان خودشان بشنویـد که میگویند:

مادرسال ۱۹۶۳ قادربودیم درجه‌ای از خلوص و تصفیه یك‌اینترفرون راگزارش کنیم که ازجنین مرغی بدست‌می‌آمد که بوسیله ویروس آنفلوانزا عفونی شده بود. اینترفرون‌بدست‌آمده (تصفیه‌شده)، درآزمایشات داخل لوله‌ای برعلیه‌ویروسها بی‌نهایت فعال‌بود.

این اینترفرون برضد ویروس‌ها بمقیاس کمتری از آنتی‌بیوتیکهائی بکار میرفت که بـرضد باکتریهای خیلی‌حساس‌بکارمیرفتند (منظوراینست که درمقام‌مقایسه باآنتی بیوتیکها احتیاج‌به‌دوز کمتری‌است) بعد معلوم شدکه فعالیت ضد ویروسی اینترفـرون از پیچیدگی ملکولش حاصل میشودکه این پیچیدگی‌تـا اندازه‌ای بیش‌ازپیچیدگی‌سایرملکولهای کوچك است. مشاهدات ماتوسط توماس‌مریگان (Thomas.C.merigan.Jr) از دانشکده پزشکی دانشگاه استانفورد و هـم‌چنین توسط‌کارل‌فانتس Karl H.Fantes ازلابراتوارهای گلاسکو در انگلستان تأئید وتصدیق‌شد.

بطورقطع ویقین مشکوك بنظرمیرسدکه تاکنون اینترفرون بطور خالص جدا شده باشد. بعلاوه برای بدست‌آوردن اینترفرون که برای استفاده های سلامتی بخش انسان لازم‌است ازدرون سلولهای بدن هیچ راه عملی‌وجود ندارد. حتی‌اگریك‌چنین‌راهی هم‌پیداشود ازنظرکمیت رضایت بخش‌نیست. یعنی‌نسبت‌بین اندازه اینترفرون مورد احتیاج ومقداراینترفرونی که ممکن است ازداخل سلول بدست‌آید درحـال حاضر بقدری‌نا مناسب‌است که بنظرمی‌آیدبهتر باشد عمل‌ایجاد و جدا کردن وتجویزاینترفرون رابه انسان‌دنبال‌نکنیم.

مـونتوهو (Monto Ho) و بوسکوپوستیك (Boskopostic) ازدانشگاه پیتزبورگ نیز بـر مبنای مطالعـات عمیق عـلمی خـودشان روی سیستم اینترفرون سازی موش نتیجه مشابهی ارائه داده‌اند. ولی لازم به تذکراست‌که تمام محققین درین قضاوت

❋ علاقمندان به مطالب بیشتردرین مـورد می‌توانند به مقاله دکترایزاك مراجعه فرمایند

Sea « interferon » by Alick Isaac, Scientific American, may, 1961

سهیم نیستند . پس نظر به محدودیت‌هائی که در بکار بردن اینترفرون بامبداء خارجی (Extragenous interferon) در طب وجود دارد ، متناوباً کوششهائی بمنظور پیداکردن یك راه مناسب درایجاد مادهٔ اینترفرون سازبعمل آمد . ماده اینترفرون ساز (Inducer of interferon) ماده‌ای است که می‌بایست بیکنفر (مریض) داده شود تا باعث ایجاد اینترفرون داخلی گردد .

تولید اینترفرون توسط عوامل خارجی

تحقیق درمورد یك‌چنین‌ماده‌ای درچند آزمایشگاه وجود انواع مختلفی ازاین مواد اینترفرون‌ساز را در حیوانات نشان داد باکتریها ، انگل‌ها ، ویروس‌ها ، پلی ساکاریـدها ، موادی مـانند فیتوهماگـلوتینین (Phytohemagglutinin) که تقسیم سلولی را تحریك می کنند .

زهرابه‌درونی باکتریها، پلاستیك‌های سنتتیك و غیره‌ازآن‌جمله‌اند . ولی بدلایل متعددی هیچیك‌ازین مواد برای استفاده‌های بالینی مناسب نیست .

گروه هیلمن وتیتل درانستیتوی مرك وعده‌ای‌از مؤلفین دیگروهمچنین **کـرك فیلد و لامپسون و نمز** کوششهای خود را درپیدا کردن ودنبال کردن راهی متمرکز نمودند ، که معمولا ویروس‌ها ازآن‌راه ایجاد اینترفرون می کنند .

آنها دو تصمیم گـرفتند ، اول اینکه تعدادی از ویریون‌ها* (Virions) ویاسایر قسمتهای‌ویروسی‌را شکسته وخرد کنند وبدین طریق کوشش بعمل آورند که ماده یا موادی‌ازویروس‌راکه مسئول ایجاداینترفرون است‌کشف نمایند . دوم اینکه قسمت فعـال هلنین را کشف کننده هلنین (Helenine) ماده‌ایست که ازیك نوع قارچ بنام پنی‌سیلیوم فونیکولوزوم بدست‌می‌آید.

اولین بـار **شوپ و همکارانش** در انستیتوی تحقیقات پـزشکی را کفلر نشان دادند که هلنین در سلولهائیکه کشت داده شده بودند ، ایجاد اینترفرون می‌نماید و همچنین در حیوانات مقاومتی در برابر عفونتهای ویروسی تولید می کند . حادثه‌ایکه اتفاق افتادتاآنها یعنی گروه هیلمن وهمکاران بقول‌خودشان درین تحقیق براه راست هدایت شوند کشفی بودکـه براون (Werner Braun) وناکانو (Masayasu Nakano) ازدانشگاه روتگر ارائه دادند. بنابراین کشف ، دراثر تزریق مکرر و زیاد شوندهٔ بعضی از پلی‌نوکلئوتیدهای صناعی به حیوانات‌افزایش آنتی‌کر درآنها حـاصل میشود . ایـن پلی نوکلئوتیدها شبیه اسیدهای نوکلئیك DNA و RNA هستند وازترکیب مونونوکلئوتیدهـا (که واحدهـای ساختمانی اسید نوکلئیك‌اند) درآزمایشگـاه ساخته میشوند واین راه تولید پلی‌کلئوتید مصنوعی بعوض راهی‌انتخاب میشود که بطورطبیعی در درون سلولها از طـریق تشکیلات ژنتیکی آنکوده انجام میگیرد .

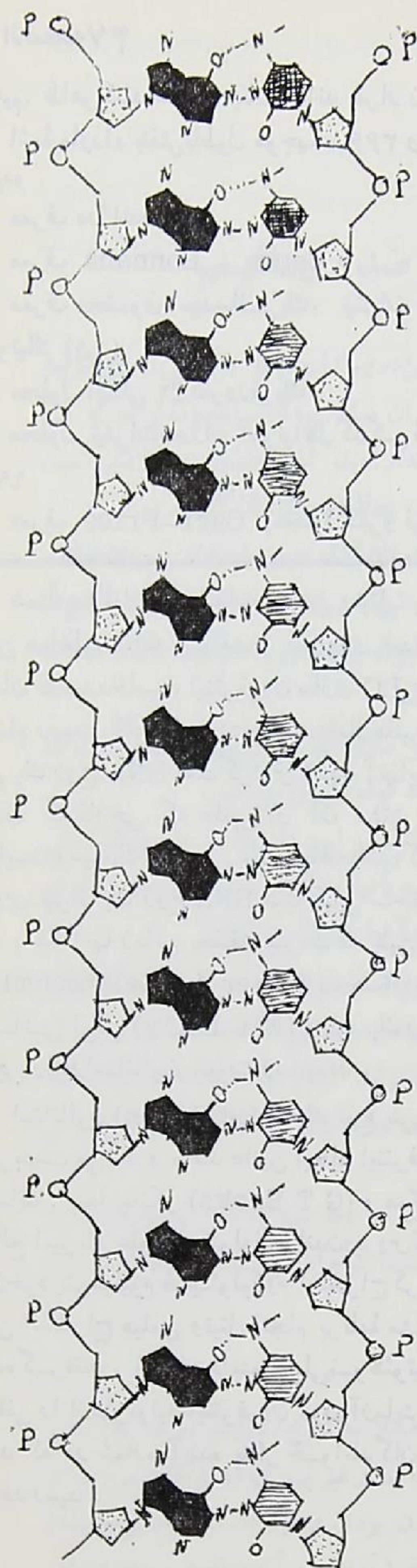
RNA سنتتیك یا Poly I:C

هیلمن وتیتل‌وقتی‌دیدند این‌نوع پلی‌نوکلئوتیدها موجب تولید اینترفـرون هم میشوند خیلـی تعجب کردندو تعدادی از RNA های (پلی‌نوکلئوتیدهای) سنتتیك‌را ازین لحاظ موردآزمایش قراردادند . یکی ازین پلی‌نوکلئوتیدها بی‌نهایت فعال بود بطوریکه با مقادیرخیلی‌کم (میکروگرم) در خرگـوشها ایجـاد اینترفرون میکردوحیوانات وکشت‌های سلولی را در مقابل عفونت‌های ویـروسی مقـاوم می‌نمـود. ایـن پلی‌نوکلئوتید فعال پلی آی سی (Poly I:C) بود که ازرشته هوموپلی‌مـر تشکیل شده‌است.یکـی‌ازین رشته‌هااسیدپلی‌ریبواینوزنیك‌یا باختصار(PolyI:C) بود و هوموپلی‌مر دیگر اسید پلی‌ریبوسیتیدیلیك : یا باختصار(Poly C) بود.شمای فرمولی PolyI:C در صفحـه بعد مندرج است . Poly A:U ترکیب دیگری است کـه از رشته‌هـای اسیدآدنیلیـك واسید اوریدیلیك حاصل‌میگردد واین ماده نیز درکشت‌های سلولی فعال بودمنتها خیلی‌کمتر از Poly I:C . لازم به تذکراست که یك‌رشته (هوموپلی‌مر) بتنهائی دارای این خواص نیست .

---

* ویروس تکمیل شده ویا قسمت اساسی ویروس را ویریون‌گویند بعبارت دیگر :

Vision is The separate specimens of Virus.



فرمول پلی‌آی سی :

Poly I: C یك پلی‌نو کلئوتید سنتتیك است‌شبیه به RNA، که از دورشته‌هوموپلی‌مر ساخته‌شده است، یکی اسیدپلی‌ریبواینوزینیك (طرف‌چپ) ودیگری اسید پلی‌ریبوسیتیدیلیپك (طرف‌راست). هررشته مانندرشته‌هایRNA طبیعی‌ازیك ستون (backhon) ساخته شده که متناوباً دارای فسفات وقند (ریبوز)است [قسمت‌نقطه‌چین درفرمول]. اینها توسط یك ارتباط ازتی به‌پورین وپیریمیدین‌اتصال‌دارند پورین که هیپوگزانتین است‌قسمت کاملا سیاه وپیریمیدین که سیتوزین است قسمت‌خط کشی شده فرمول را تشکیل میدهد . این دو رشته توسط اتصالهای هیدروژن (Hydrogen bends) که بین بازهاست‌بهم مربوط شده و دور هم می‌پیچیده اتصالهای هیدروژنی که بین N ...... O و N ...... N است در شکل با نقطه‌چین نمایش داده شده‌است .

بقیه از صفحه ۴۷

میدهیم. ظاهر کننده‌هائیکه بکاررفته‌اند بقرار زیرند:

اشعهٔ ماوراء بنفش باطول موجهای ۳۶۶ و ۲۵۴ میلی‌مو

معرف درژاندرف

معرف Cause – Bonnans

معرف محتوی اسیدسلفوریك، نیترات دوسود وآمونیاك (۱۵)

محلول الکلی ۲٪ کلرورفریك

محلول نیترات‌دارژان آمونیاکال کدکس فرانسه ۱۹۶۵

معرف Carr–Price (محلول کلرو فرمی و اشباع تری کلرور آنتی‌موان)

محلول آبی‌واشباع استات بازیك‌سرب

محلول آلکلی ۲٪ کلرور آلومینیم

بخار ید

بخار آمونیاك

طرز عمل- روی‌خط‌مبداء ۱-۲ میکرولیتر (۱-۲ میکروگرم) ازمحلول‌اسکلوزیدرا قرار داده و خشك میکنند بعدکاغذ را در تانك کروماتوگرافی‌اشباع‌شده قرارداده و۵ر۱۴ساعت بحال‌خود میگذاریم تاحلال باندازه‌کافی روی‌کاغذ حرکت کند سپس‌کاغذ را بیرون آورده وبعدازنشانه کردن پیشرفت حلال، آنراخشك کرده وظاهرمی کنند.

نتایج بدست آمده: نتایج‌بدست‌آمده درشرایط بالادرتابلوشماره‌یك جمع‌آوری‌شده است:

ظاهر کننده‌ها	نتایج بدست‌آمده	Rf
اشعه ماوراءبنفش ۲۵۴ و ۳۶۴میلی‌مو	فلورسانس لکه آبی	۰/۵۶ ± ۰/۰۱
معرف‌درژاندرف(۱۶)	—	—
معرفCause-Bonnaus	—	—
معرف‌سلفو-نیترو-آمونیوم	لکه‌آبی‌روشن با هالهٔ زرد	۰/۵۴
محلول کلرورفریك ۲٪	—	—
محلول نیترات دارژان آمونیاکال	—	—
معرف‌کار-پرایس	—	—
محلول استات‌بازیك‌سرب	—	—
معرف‌کلرورآلومینیم ۲٪	—	—
بخار ید	—	—
بخار آمونیاك	—	—

چنانکه ملاحظه میشود اشعهٔ ماوراءبنفش باطول موج ۳۶۶و۲۵۴میلی‌مو بااسکلوزید تولیدلکهٔ آبی فلورسانس میکند که‌تحت‌تأثیر بخارآمونیاك تشدید میگردد دراین‌شرایط میتوان‌اسکلوزید را از مشتق خیلی نزدیك خود یعنی متیل اسکلوزید که وارد اسپسیالیته‌های داروئی‌میگردد جداءنمود، درشماره آینده ازتشخیص بوسیله کروماتوگرافی روی غشاء نازك بحث‌خواهیم کرد.

ضمناً مطالعات وتحقیقات هیلمن وتیتل برروی هلنین همانطور ادامه می‌یافت و بزودی بعدازینکه کارشان درموردخاصیت اینترفرون سازی Poly I:C با تمام رسید، قادر خواهندبودقسمت‌فعال‌هلنین‌راکه آنهم یك زوج RNA است گزارش کنند. آنهاپیشنهاد کردند که قارچی که هلنین از آن مشتق میشود می‌بایست‌بوسیله‌یك ویروسی عفونت‌یافته‌باشد، که این ویروس نیزاز یك زوج RNA شبیه قبلی ساخته شده است. شك آنها زمانی بحقیقت پیوست که کلین‌اشمیت (Walter J. Kelinschmidt) و همکارانش در کمپانی لی‌لی (Eli Lilly) وجود یك‌ویروس قارچی را دراستاتالون بثبوت رسانیدند.

استاتالون (Statalon) از یك نوع پنی‌سیلین دیگر بدست می‌آید و مانند هلنین ایجاد اینترفرون می‌نماید. بعداً بانکز (G.T.Banks) و همکارانش درکالج امپریال علوم وتکنولوژی لندن‌ویروس‌قارچی را ازخود پنی‌سیلیوم فونیکولوزوم استخراج کردند. بااین استخراج هیلمن وتیتل انجام برنامهٔ مشکلی‌را بعهده گرفتند. این دو دانشمند پلی‌نوکلئوتیدهای مختلفی را ازنظر تولید اینترفرون موردآزمایش قرار دادند که در شماره آینده بنظر خوانندگان عزیز خواهد رسید.

ترجمه: رضا ابوالفضلی ـ رازمیك بدروسیان
دانشجویان دانشکده داروسازی دانشگاه اصفهان

فارماکودینامی داروهای ضد روماتیسم

خلاصه ـ غلظت تریپتوفان آزاد ومتصل به پروتئین در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید یرقان وهمچنین درزنان حامله اندازه گیری شد. در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که با داروهای ضد رماتیسم مورد معالجه قرار گرفته بودند مقدار آمینو اسید متصل به پروتئین نسبت به پروتئین‌های حلقوی کم شد ودر یك بیمار پس از قطع درمان بحالت نرمال باز گشت.

درزنان حامله ودر بیماران یرقانی افزایش تریپتوفان آزاد دیده شد اما میـزان غلظت تریپتوفان متصل به پروتئین نقصان یافت وبیلی روبین درپروتئین سرم انسان in vitro (خارج از بدن) جایش را باآمینواسید عوض نموده وتریپتوفان عینا مولد پپتیدهائی است که محافظت عضلات مستعد را برعلیه زخمهای توأم باتورم مزمن بعهده دارند.

مقدمه ـ تلاش زیادی برای پیدا کردن مکانیسم اثر داروهای ضد رماتیسم بعمل آمده که مهمترین آنها تحریك پیتوایتر داخلی ومحور قشری غدد فوق کلیوی میباشد.

هیچکدام ازاین مکانیسم‌ها بطور کامل عمل ضدرماتیسمی این داروها را بطریق کلینیکی بیان نمیکند، بجز تعدادکمی از داروهای ضدرماتیسم بقیه آنها دربدن به پروتئین‌های حلقوی متصل میگردند. سمیت این داروها بعلت تجمع فرم آزاد آنها دربدن میباشد.

درویترو(in vitro) موقعیکه دارو به پروتئین سرم انسان می‌چسبد جایش را با ملکولهای کوچك دیگر ازآنجمله الترپیتوفان ودیگر پپتیدها عوض مینماید. دراین مقاله ما متذکر میشویم که جابجاشدن تریپتوفان نه تنها دربیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام میگیرد بلکه درزنان حامله وهمچنین دربیمارانی که مبتلا به یرقان هستند ودرحال معالجه بامجموعه‌ئی ازداروهای ضدرماتیسمی میباشند دیده شده است.

اینطور استنباط شده که تاثیر داروهای ضد رماتیسم مربوط بـه جابجا شدن پپتیدها از محل اتصالشان وچسبیدن به سرم پروتئین انسان میباشد. ضمنا نوع آزاد پپتیدها محافظتی برعلیه اعمال آماس آور مزمن بوجود میاورد.

موارد ومتدها :

روی ۲۲ بیمار که سن آنها بین ۷۰ـ۴۰ سال بودومبتلا به انواع رماتیسم بودند تحت نظر انجمن امریکائی رماتیسم آزمایش بعمل آمد. دراین گروه ۱۹ بیمار غیر بستری که ۸ نفـر مرد و ۱۱ نفر زن بودند و ۳ بیمار بستری که یکنفر مرد و ۲ نفر دیگر زن بودند وجود داشت. تمام این بیماران بایك یا چندقلم ازاین داروها تحت درمان بودند: آسپیرین. فنیل بوتازون. آندومتاسین پردنیزولون.

کلروکین. ونمك‌های طلا. گروه تحت کنترول عبارت بودند از: ۶مرد سالم۵۳-۳۶ ساله۶زن سالم ۵۳-۳۶ساله و۵زن ۳۶-۲۴ساله و۵زن۶۵-۴۹ساله که تحت‌عمل بودند (دوتای آنها قبل‌ازعمل جراحی وسه نفردیگر ۱۰-۷روزپس از برداشتن کیسه صفرا «کلسیستکتومی جراحی پستانها «ماستکتومی» وجا بجائی‌وتعویض رگ این داوطلبان تاحداقل ۱۰روزقبل‌از آزمایش هیچگونه داروی‌ضددرد(آنالژزیك)وضدتورم (آنتی‌انفلاماتوری)مصرف‌ننموده بودندوهیچیك ازنان‌سالمی که سن آنها بین۳۱-۲۴سال بود موادکنترا‌سپتیو استعمال نکرده بودند. به بیماران بستری که مبتلا به‌یرقان بودندویا تحت‌عمل‌جراحی قرار داشتند گاه گاهی درضمن‌هفت روزیکه گذشته بود باربیتوریك‌داده بودند ولی هیچگونه استروئیدی تجویز نشده بود.

دراین بیماران مجموعه مقدارتریپتوفان بوسیله متد(اودن‌فرندهس)درسرم مجزاشده‌از خون اندازه گیری‌شدواین‌همان طریقه‌ایست که برای‌تعیین‌تریپتوفان‌آزاد در سرم فیلتره شده که بوسیله سانتریفوژ (ویس کینگ)جدا شده بکارمیرود.

نتایج :

آرتریت‌روماتوئید- نتایج بیماران غیربستری که‌مبتلا به‌آرتریت روماتوئیدبودند وهمچنین افراد سالم تحت کنترل درجدول یك آمده‌است. درهردو گروه: کاهشی‌درمیزان تریپتوفان و نیزدر مقدارآمینواسیدی که به پروتئین‌متصل است نشان داده‌شده. افزایشی در میزان تریپتوفان آزاد درخانمها دیده میشوداما اختلافی بین دو گروه‌نرمال وجودندارد.

درآزمایشهای دیگرمتوجه‌شدیم که‌سن‌تأثیری روی آزمایش نداردزیرامجموع تریپتوفان‌در دسته‌ئی‌ازمردان وزنان که بین۳۵-۲۰سال بودندباگروهی که در تابلویك‌قراردارند مساوی بود. بجزتعدادکمی ازبیماران بستری مبتلا به‌آرتریت‌روماتوئید بقیه نتایجی مشابه بابیمارانی‌داشته که تحت‌عمل بودندودر تابلوی‌دوم آمده‌اند.

یك‌مرد ۷۰ساله دربیمارستان که مبتلا به آرتریت‌روماتوئید بود بوسیله‌آسپیرین، فنیل بوتازون‌وایندومتاسین تحت‌درمان بوددراین‌شخص عمل‌درمان‌چهارروزقطع گشت نتایج‌مقدارکل تریپتوفان وتریپتوفان آزاددرحین‌معالجه وچهارمین‌روزقطع‌درمان وهفت‌روز پس‌ازشروع‌مجدد درمان درتابلوی سوم آمده است. پس‌ازقطع درمان مجموعه‌تریپتوفان تقریباً به‌سه برابر افزایش یافت‌درحالیکه تریپتوفان‌آزادفقط ۴۰٪زیادشد.

منحنی اتصال

ال-تریپتوفان‌به‌سرم‌نرمال انسان‌نشان میدهد که هرگاه مجموعه تریپتوفان‌افزایش‌یابد مقداردرصدآمینواسید متصل به پروتئین کم‌میشود اما درآزمایش اخیردرست‌عکس‌این اتفاق‌افتاد.

موقعیکه‌معالجه‌پس‌ازمدتی‌وقفه‌دومرتبه‌برای‌زمان‌زیادتری‌ادامه داده‌شد مجموع تریپتوفان ومیزانی‌ازآن که به سه‌پروتئین‌چسبیده‌بودکاهش‌یافت وعینابه اندازه‌ئی‌رسید که درطی‌معالجه اولیه دیده میشد.

جدول (۱) غلظت تریپتوفان درسرم اشخاص سالم و اشخاص مبتلا به آرتریت روماتوئید .

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	مرد		زن	
	نرمال	آرتریت روماتوئید	نرمال	آرتریت روماتوئید
نوع آزاد	۰/۸۳±۰/۲۶	۰/۹۷±۰/۲۶	۰/۸۴±۰/۱۰	۱/۲۰±۰/۳۴
مجموع	۱۲/۳۹±۱/۶۱	۸/۶۴±۱/۵۱	۱۱/۴۳±۱/۵۰	۷/۱۹±۲/۲۶
(٪)چسبیده به‌پروتئین	۹۳/۲±۲/۳	۸۸/۷±۲/۶	۹۲/۶±۱	۸۲/۱±۵/۹

جدول (۲) غلظت تریپتوفان درسرم زنان تحت عمل جراحی وزنان مبتلا به آرتریت روماتوئید .

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	مربوط به جراحی	آرتریت روماتوئید
نوع آزاد	۰/۸۲±۰/۱۵	۱/۴۱±۰/۴۷
مجموع	۱۰/۷۴±۲/۲۴	۵/۲۶±۱/۴۱
(٪) چسبیده به پروتئین	۹۲/۳±۱/۲	۷۱/۱±۱۶/۸

جدول (۳) میزان تریپتوفان سرم مرد مبتلا به آرتریت روماتوئید قبل‌از قطع درمان درحین وقفه و بعداز متوقف نمودن معالجه

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	درحین درمان	۴ روز بعداز وقفه درمان	هفت روز بعدازشروع‌معالجه مجدد
نوع آزاد	۱/۲۰	۱/۸۵	۱/۵۷
مجموع	۵/۳۳	۱۳/۰۴	۴/۴۶
چسبیده به پروتئین	۷۵/۵	۸۵/۸	۶۴/۷

ایکتر (یرقان) ـ دراینحالت غلظت تریپتوفان آزاد افزایش ومقدار درصدآمینواسید متصل به پروتئین حلقوی دربیماران مبتلا به یرقان درمقایسه با میزان آن در افرادی که‌تحت عمل جراحی بودندکاهش یافت (جدول۴) . درزمان اندازه گیری میزان بیلی روبین سرم در

بیماران مبتلا به عفونت کبدی یا یرقان انسدادی حدود ۳۰ـ۱۰ میلی گرم در ۱۰۰ لیتر بود. آزمایشهای بیشتری انجام شدتا معلوم‌شود که آیا بیلی‌روبین‌مانع ازچسبیدن تریپتوفان به‌سرم انسان در ویترو میشود ؛ طی این آزمایشات دریافتیم که پیگمان صفراوی در غلظت ۱۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر آمینواسید را جابجا کرده واز سرم نرمال جدا می‌نماید .

حاملگی : در گروهی از زنـان حامله (بین ۲۲ تا ۳۶ هفته بارداری) دیـده شد که مقدار تریپتوفان آزاد افزایش یافت و مقدار درصد آمینواسید متصل به پروتئین با مقایسه بـا خانمهای نرمال درهمان سن کاهش یافت (جدول۵) .

جدول (۴) تریپتوفان سرم زنان تحت عمل جراحی یا مبتلا به یرقان

مبتلا به یرفان	مربوط به جراحی	غلظف تریپتوفان (ug/ml)
۱/۶۷±۰/۸۱	۰/۸۱±۰/۱۵	نوع آزاد
۹/۴۳±۱/۱۸	۱۰/۷۴±۲/۲۴	مجموع
۸۲/۴±۸/۲	۹۲/۳±۱/۲	(٪) چسبیده به پروتئین

جدول (۵) غلظت تریپتوفان درزنان نرمال وزنان حامله .

زن حامله	نرمال	غلظت تریپتوفان (ug/ml)
۰/۹۴±۰/۱۹	۰/۷۶±۰/۰۹	نوع آزاد
۱۰/۱۴±۱/۵۷	۱۱/۳۸±۱/۱۹	مجموع
۹۰/۷±۱/۸	۹۳/۴±۰/۷	(٪) چسبیده به پروتئین

بحث وتفسیر

درانسان تمام داروهای‌ضدرماتیسم دربدن به پروتئین حلقوی می‌چسبند معلوم‌شده کـه فراکسیون متصل به پروتئین ازنظر فارماکولوژیکی بی اثر بوده وفقط نوع آزاد است کـه اعمال کلینیکی‌را انجام میدهد. بر اثر مطالعات بیشتر بر روی سالیسیلاتهادر آزمایشگاه باین‌نتیجه‌رسیدیم که داروها برروی متابولیسم سلولی باغلظت‌هائی خیلی بیشتر ازآنچه در حین معالجه درسرم بدست آمدتاثیرمیکنند.

موقعیکه دارو به‌پروتئین می‌چسبد باعث‌میشود که ملکولهای کوچك دیگررا ازجایشان جدا نمایددرمیان اینها ال ـ تریپتوفان رامیتوان نام‌برد زیرا آمینواسیدی است که‌به پروتئین

سرم انسان چسبیده است و این آمینواسید در انسان بوسیله سالیسیلاتها، فنیل بوتازون، ایندومتاسین، پردنیزولون، کلروکین و نمکهای طلا در ویترو و بوسیله آسپیرین در وی وو (in vivo) (داخل بدن) جابجا میگردد.

نتایج اخیر نشان میدهد که این موضوع در بیمارانی اتفاق میافتد که مبتلا به آرتریت - روماتوئید بوده و با مجموعه‌ئی از داروهای ضد رماتیسمی عادی تحت درمان باشند.

درمورد آمینواسید فعالیت ضد تورمی دیده نشد مگر در یک مورد آنهم در موش صحرائی دیده شده که این جسم مانع ازورود لکوسیتها بداخل فضای آماس گردید معهـذا جابجائی آن بوسیله داروها نشان میدهد که ترکیبات دیگر نیز میتوانند اثر محافظتی بر علیه تورم مزمن روی عضلات حساس نظیر مفصلها داشته باشد. بدین ترتیب تریپتوفان سرم بطریق قابل پیش‌بینی باید تغییر نماید و این تغییر در جهتی است که منجر به تسکین موقتی آرتریت روماتوئید میگردد. دو شاهد مدلل در اینجا یرقان و حاملگی است.

نتایج اخیر نشان میدهد که در هر شرایط (حاملگی و یرقان) در موارد غیر روماتوئید تغییرات مشخصی درغلظت تریپتوفان آزاد ودرجه اتصال آمینواسید به پروتئین حلقوی در حالیکه مقـدار کمتری آمینواسید به پروتئین سرم بچسبد بوجود میاید.

این اثرات باجابجا کردن آمینواسید بوسیله بیلی‌روبین دریرقان قابل بحث است .

اگر گروهی ازملکولهای کوچك بطور مجموع قرار بگیرند وفرم آزاد آنها محافظی برای نسوج بر علیه پروسس‌های تورمی مزمن باشد در اینحالت چنین گروهی از نظر اتصال ذره‌ئی آنها به پروتئین سرم وهمچنین از نظر جابجا شدن آنها بوسیله داروهای ضد رمـاتیسم شباهت زیـادی بـه تریپتوفان دارند.

چیزی که در اینجا بیش از همه شباهت دارد پپتیدهائی هستند که حاوی چندین نوع آمینواسید بوده و این آمینواسیدها بطور آزاد یا متصل درسرم موجود دارند.

معلوم شده که بعضی دی‌پپتیدهای سنتتیك بویژه ال ـ فنیل آلانیل ـ ال ـ فنیل آلانین باقدرت زیاد به پروتئین سرم انسان می‌چسبند و بوسیله تمام داروهای ضد رماتیسم عادی در ویترو تغییر مکان میدهند. بعلاوه اختلافی دردرجه اتصال این پپتیدهای محافظ به پروتئین سرم اشخاص مبتلا بـه آرتریت روماتوئید وجود دارد.

گزارش شد که در بیماران مبتلا به رماتیسم ، آلبومین حلقوی ترکیبی از آمینواسید غیر طبیعی بوجود می‌آورد و بنظر میرسد که این موضوع بعلت اختلاف افینیته (قدرت اتصال) وهم چنین اختلاف ظرفیتها برای ملکولهای کوچك درمقایسه با آلبومین سرم طبیعی باشد .

بنابراین اینطور معلوم میشود که داروهای مفید کلینیکی که درمعالجه آرتریت روماتوئید ودیگر بیماریهای رماتیسمی بکار می‌روند اثر خودرا بـوسیله جابجا کردن پپتیدها ازمحل اتصالشان ومتصل نمودن به پروتئین سرم اعمال می‌نمایند. ضمنا نوع آزاد پپتیدها نسوج مربوط را نسبت به زخمهای همراه باتورم محافظت می‌نمایند.

در بیماریهای رماتیسمی یك کاهش متناسب درغلظت پپتیدهای آزاد محافظ وجود دارد.

سرانجام درمیان پپتیدهائی که بوسیله داروها تغییر مکان میدهند باید یك یا چند ترکیبی وجود داشته باشد که اثر محافظتی بر علیه تورم تحریکی مزمن اعمال نماید.

بقیه درصفحه ٦۴

جهانگیر کلینی
دانشجوی دانشکده پزشکی اصفهان

استئوتومی انتر تروکانتریک

استخوان ران جهت معالجه استئو آرتیر تیز لگن

Intertrochanteric Osteotomy Of The Femur for Osteo Arthritis of The Hip.

نخستین بار در ۱۹۳۵ دکتر مك مورای Dr. Mc Murray به کمك یك تیم از جراحان چگونگی معالجه ✽ Osteo-Arhritis ناحیه استخوان لگن را همراه یك سری اعمال جراحی انجام شده، مورد بحث و تبادل نظر قرارداد.

دکتر Murray در ۱۲ مورد از جمع ۱۵ جراحی انجام شده، موفقیت شایانی کسب نمود.

تکنیك «مورای» بر این اصل استوار بود که: ناحیه لگن بیمار پس از جراحی توسط یـك نوع باند پیچی ۷–۸ یا اصطلاحا Plaster. Spica بمدت چهار تا پنج ماه، باید هر نوع حرکت مفصلی در ناحیه Hip-Joint از بیماران صلب گردد، بطوریکه بارژیمی خاص تا دو ماه آخر هر گونه تحمل وزن بر بیمار ممنوع گردد.

وی خصوصا وارد آمدن هر گونه شوك وحرکت مفصلی را دراین مدت عامل اصلی بروز مجدد التحابات مفصلی میداند.

دکتر Murray معتقد است که شکست او در ۳ مورد از ۱۵ اعمال جراحی انجام شده صرفا بخاطر غیرطبیعی جوش خوردن قطعات استخوانی بیکدیگر بوده است.

وی مکانیسم برطرف شدن درد، در ناحیه لگن راپس از جراحی اینطور توصیف می کند: چرخش سر و گردن Femur از حالت غیرطبیعی قبلی باعث میگردد که مسیر نیروی ثقل وارده بر گردن و سر «فمور» موازی و یا درامتداد محور اصلی دیافیز استخوان ران قرار گرفته ولذا تمام وزن تنه واندامهای فوقانی به کمك یك حالت اهرمی تماما از حفره حقه‌ای لگن Acetabulum بـه دیافیز مقـاوم «فمور» منتقل میگردد.

در ۱۹۵۰ اوزبرن Osborn وفارنی Fahrni همراه یـك سری تحقیقات فیزیکو آناتمیك (Phisico-Anatomic) سعی نمودند که مکانیسم فوق را بصورتی گسترده تر بیان نمایند. لـذا عصاره تحقیقات چندین سال آنها بشرح زیر بیان گردید.

«فشار طبیعی وزن تنه و اندامهای فوقانی توسط ساختمان طبیعی اندامهای اهرم مـانند تحتانی که شامل استخوانهای لگن به پائین میباشد بصورت قابل کنترلی کاهش میابد. وحـال آنکه تنها فشارهـای

✽ Osteo-Arthritis اصطلاحا به یك نوع التحاب و درد مفصلی اطلاق میگردد که گاهی نوع Femural آن به علل مختلف از جمله رشد بیش از حد ناحیه فوقانی استخوان ران و حجیم شدن سر استخوان ران و یا غیرطبیعی بودن زاویه بین گردن و تنه Femur حاصل شده لذا التهابات فوق همراه ورم وقرمز شدن موضعی در ناحیه مفصل لگنی رانی مشاهده میشود.

اضافی وارده بر Hip.Joint (مفصل لگنی‌رانی)مطابق نظریه قبلی از طریق Acetabulum به تنه طویل‌استخوان‌ران Femural - Shaft ، منتقل‌میگردد. بدین دلیل‌است که درهنگام راه‌پیمائیهای زیاد که اندامهای تحتانی مسئول حمل تنه میباشند، خستگی بیشتر درناحیه Hip. Joint احساس میگردد. وحال آنکه‌کارگرانی که شخصا اقدام به حمل وسائل‌سنگین میکنند بیشتر درناحیه ساق پا و مفصل‌زانو Knee-Joint ، احساس‌خستگی‌میکنند.

لذا درتأیید گفته ایشان میتوان به‌آماری که درسال جاری از بیمارستانهای وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان گرفته شده اشاره نمود :

درجمع ۵۷ نفری که بعلت دردوورم مفصل زانو باین بیمارستانهامراجعه نموده‌اند ۵۰ نفر آنها (۸۷/۵٪ کل) افرادی بوده‌اند که یا بعنوان حمال یا مشاغل دیگرمشغول بکار بوده‌اند از این ۵۰ نفر (۷۳/۵٪) به بیماری ✲ Housmaid,s knee ، ویا انواع دیگر التهابات مفصلی ازجمله‌فشردگی مفصلی، پارگی کپسول مفصلی Knee Capsul ، ویا دررفتگیهای مفصلی مبتلا بوده‌اند.

سری‌مطالعات جدید Present Series

مطالعات جدید شامل ۳۴ مورد Intertrochanteric - Osteotomy ، بوده که برروی ۳۱ مریض که از Osteo - Arthritis ، لگن‌زجرمیکشیدند انجام گرفته .

ازجمع میزان‌کل، ۱۵ استئوتومی‌دربیمارستان عمومی تورونتو(Toronto Gneral Hospital) برروی ۱۳ بیمار و ۱۹ استئوتومی دیگردر بیمارستان‌کنیگز کالج لندن Kings College Hospital برروی ۱۸ بیمار انجام‌گرفت. مطالعات اخیر تماما تحت‌نظارت مستقیم پزشکان وجراحان مسئول در دوبیمارستان فوق بوده است. لذا ذیلا شرایط‌آزمایشی بیماران رادرحین عمل مورد مطالعه قرارمیدهیم.

۱ـ نسبت جنسیت: درجمع ۳۱ بیمار ۱۹ نفرزن و ۱۲ نفرمرد وجود داشت.

۲ـ سن: دفتر آماداین دوبیمارستان سن بیماران‌را از ۲۵ سال تا ۷۱ سال وسن متوسط‌را ۵۴ سال قید میکند.

۳ـ دلیل انجام جراحی: درهرحالت‌درد ناحیه مفصل‌لگن دلیل اصلی انجام جراحی بوده‌است

۴ـ حالت‌پاتولوژنی: اولادرجمع ۳۴ استئوتومی ۲۳ مورد Osteo-Arthritis ، تشخیص داده شده ، ثانیا در ۱۱ مورد ازجمع‌کل Osteo - Arthritis ، مشاهده شده ، که از این مقدار ۶ مورد به «دررفتگی مادرزادی Congenital Subluxation» : ، ۲ مورد به «بیماری استئو ـ کندروز ✲✲» سراستخوان ران ، یا Legg - Perthes's Disease ، ۱ مورد به تغییرمکان مادرزادی مفصلی Congenital - Dislocation of Joints ، مبتلا بوده‌اند و ۲ مورد آخری عوارض

✲ بیماری Housmaid's knee ، به یك‌نوع التهاب‌کپسول مفصلی درمحل‌زانو اطلاق‌میشودکه ضمن‌آن باصطلاح «زانوآب‌آورده »،ودردناك میشود. این‌بیماری بیشتردرافرادکارگرو ورزشکارانی‌که به‌طرزغلط‌درهنگام‌ورزش به مفاصل خودفیگورمیدهند مشاهده شد.

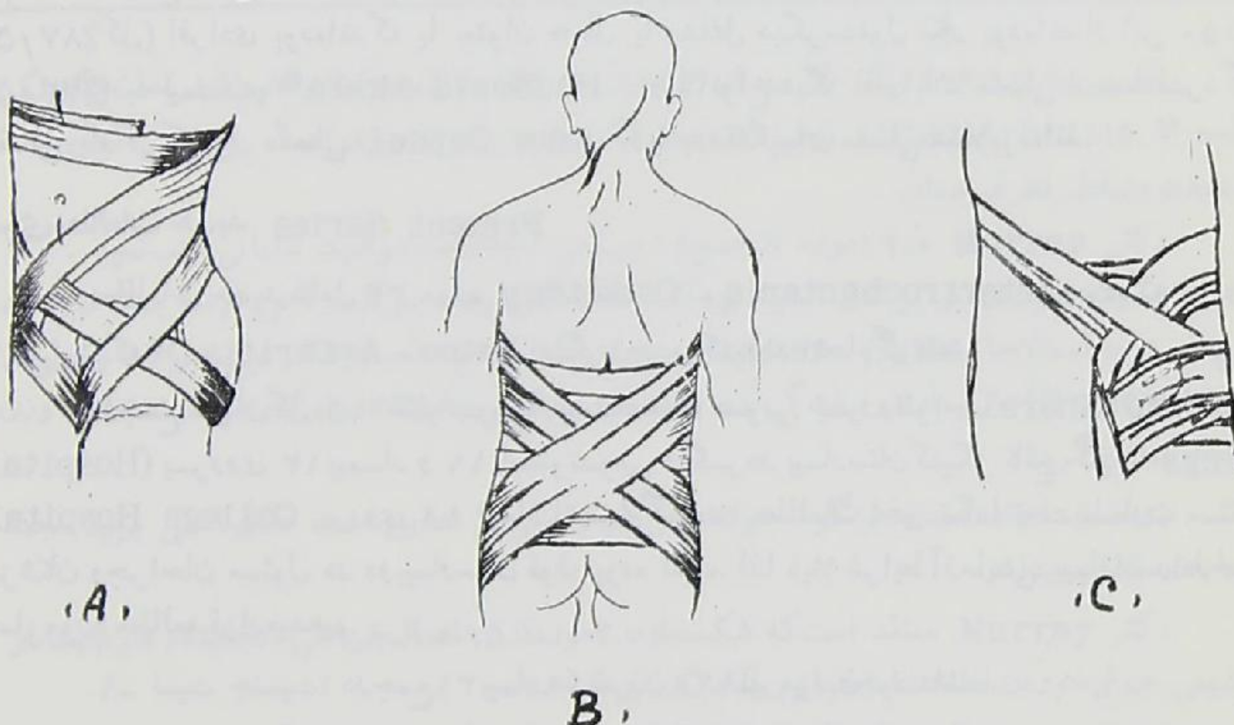
این بیماری را میتوان بایك جراحی مختصرمعالجه‌نمود .

✲✲ استئوکندروز Osteo — Chondrosis بیماریی‌است‌که دراطفال، یك‌یا چندمرکز استخوانسازی ابتدا استحاله یا نکروزه وسپس‌کالسیفه میشوند ، بدون آنکه وظیفه اصلی استخوانسازی خودرا درکودکی انجام دهند . استئوکندروزی‌که درسراستخوان ران مشاهده میشود به بیماری Legg - Perthes، معروف است .

را شامل میشده که این عوارض رابطه نزدیکی با بیماری Paget* لگن خاصره دارند .

۵ ـ تکنیك جراحی : تکنیك جراحی درهردو گروه بیمارستانهای « تورونتو » و«لندن»، شبیه به یکدیگر و درهرحالت برخلاف سابق از سیستم Internal - Fixation و یا « ثابت کردن داخلی» ، استفاده میشده . بااین تفاوت که در گروه بیمارستان Toronto دوقطعه استخوان توسط یك بست وچند پیچ اتصال ، ودر گروه بیمارستان London ازیك میله پلاتین مستقیم که ازبالا واردقسمت میانی استخوان شده ودوقطعه استخوانی را بیکدیکر متصل می‌نماید استفاده شده .

پس ازجراحی نوبت به External - Fixation و یا ثابت کردن خارجی است که توسط بانداژهای Bandage ، ۷ـ۸ (شکل۱) ، صورت میگیرد و این قسمت در واقـع آخرین و مهمترین



شکل۱ــ سه نوع بانداژ ۷ــ۸ مربوط به مفصل لگنی Hip-Joimt

مرحله جراحی بشمارمیرود (زیرا این مرحله در واقع مرحله شکل گرفتن استخوانها پس‌از جراحی میباشد .) دربعضی مواقع نیز برای اطمینان خاطرمی‌توان دربین دوپا وحد بین دومثلث اسکار پا یك نوع چوبهای مخصوص Broon Stick قرارداده تاازحرکتهای جزئی مفاصل لگنی رانی جلوگیری بعمل آید .

مرحله Fixation خارجی بایست بمدت دوتا حداکثر سه هفته باقی مانده وپس‌ازاین‌مدت بیمار بایستی تحت نظرمتخصصین تکنولوژی و پرستاران مربوطه نرمشهای سبك و آرام مفصلهای زانو و لگن را آغاز کند وبالاخره پس‌از پایان هفته ششم بندرت به بیمار اجازه داده شودکه با چوبدستی راه برود .

٦ـ متد ارزشیابـی و تشخیص : درهرحالت نشانه وعلائم بالینی‌که بایستی جراحان بعنوان علائم تشخیص Csteo - Artritis درنظر گیرند دردهای مفصلی بود و در واقع ارزیابی نتایج

---

* بیماری Paget ، بیماری است‌که ضمن آن استخوانها پوك شده ، باعث خمیدگی استخوانهای دراز مثلا Femur ویا تغییرشکل‌استخوانهای پهن ازجمله Hip ، میگردد .

حاصل ازعمل بستگی به متوقف شدن درد دارد . کما اینکه وابستگی ارزش سنجی نتایج به شرح زیر قید شده .

الف ـ اگر پس ازعمل هیچ گونه دردی مشاهده نشد و یا درد بقدری ناچیز بود که میتوان از آن چشم پوشی کرد و بیمار در مقام مقایسه با قبل از عمل بسیار راضی بنظر می‌رسید نتایج عمل عالی بوده .

ب ـ اگر پس‌ازعمل دردی مشاهده نشد و درد قابل اغماض بود و بیمار نیزازحالت جسمی‌خود تا حدی راضی بنظرمیرسید ، نتایج عمل خوب بوده .

پ ـ اگر پس‌ازعمل میزان دردی راکه بیماراحساس میکندکمتراز قبل از عمل بوده و بعلاوه بیمارشخصا عمل را مفید دانسته ، نتایج عمل متوسط بوده .

ت ـ ولی درصورتیکه درد تا حدی کم شده باشد و یا بهمان اندازه و یا بدترازقبل عمل شده باشد ومتقابلا بیمارحس کند هیچگونه سیر بهبودی دروی ظاهر نشده بدون شك نتایج عمل بد بوده .

۷ ـ نتایج : (تابلوی۱)، نتایجی که دودسته تحقیق کننده بیمارستانهای «لندن» و «تورونتو» ازتجربیات خود گرفتندیکسان بود . ودرجمع کل تجربیات «۷۴٪» نتایج ، قانع کننده بنظر میرسید.

ازطرف دیگر بنظرمیرسیدکه رابطه نزدیکی بین سن بیماردرهنگام عمل و نتایج عمل موجود میباشد . (تابلوی ۱) .

دونفرازبیماران که درهردومفصل به Osteo - Arthritis ، مبتلا بوده‌اند سابقاً نیز تحت عمل Artho Plasty ، (مرمت مفصل لگنی بوسیله جراحی پلاستیك) ، قرارگرفته بودند .

یك نفرازاین دو بیمار ۴ سال قبل‌ازعمل Osteotomy ، تحت عمل Artho Plasty ، قرارگرفت . این بیمارشخصا ازنتایج حاصل، از Osteotomy روش Mc Murray درمقام‌مقایسه با Artho Plasty ، که جدیداً برروی او انجام گرفت راضی‌تر بنظر میرسد ، زیرا وی پس‌از Osteotomy ، برخلاف سابق هیچ گونه دردی را حس نمیکرد .

دومین بیمار ۸ سال قبل از Osteotomy ، تحت عمل پیوند عضو مصنوعی ، قرار گرفته کمااینکه جراحان برای برطرف کردن دردهای شدید اقدام به انجام «استئوتومی» نمودند ، نتایج حاصل ازآن بسیارخوب بوده .

نتایج	شماره اعمال (جراحی)	پورسانتاژ (درصد)	سن متوسط بیمار (سال)	دوره کمون و یا سیلان بیماری (ماه)
عالی	۱۶	۴۷	۴۹	۲۷
خوب	۹	۲۶	۵۵	۲۱
متوسط	۶	۱۸	۶۲	۳۲
بد	۳	۹	۵۴	۲۴

تابلوی (۱) تابلوی نتایج جراحی

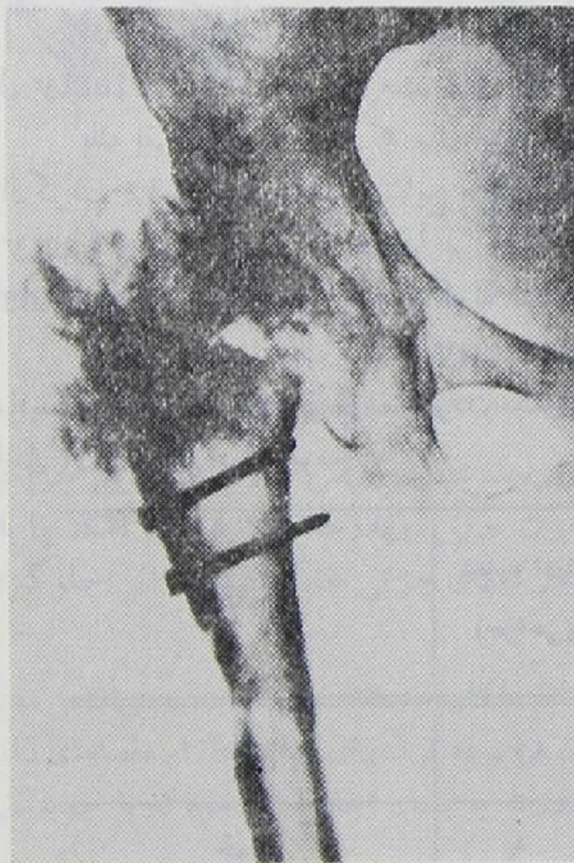
۸- مشکلاتی که درحین عمل باآنها مواجه میشویم :

الف - Infection : درجمع کل موارد جراحان بیك نوع عفونت برخورد نمودند که بنظرمیرسید این عفونت پس‌ازخارج نمودن میله پلاتین رابط دو قطعه استخوان ویا شکاف دادن قسمت فوقانی ران جهت Drainagtion ، (خارج نمودن چرك پس‌ازجراحی از محل جراحی شده) بروز نموده باشد .

ب - جانیفتادن استخوانها Non - Unioun : ۶ مورد (۱۸٪) از جمع کل موارد بعلت جانیفتادن استخوانها احتیاج به پیوند استخوانی داشته ، ازاین ۶ مورد، ۲ مورد بطریقه میخ‌وپلیت، و ۴ مورد بکمك میله پلاتین مخصوص قطعات جدا شده استخوان را بیکدیگرمتصل نمودند . بموجب آخرین ارزشیابی در ۶ مورد فوق ، نتایج در ۲ مورد عالی ، ۱ مورد خوب ، ۲ مورد متوسطه و نتیجه دردومورد آخری بد بوده است . لذا تمام این بیماران درمقام مقایسه با قبل از عمل باضایعات وکمبودهای حرکتی مواجه گردیدند .

متد پیوند استخوانی بطریق زیر توجیه میگردد : ابتدا ازقسمت فوقانی تنه Femur ، یك قطعه تیغه‌ای از استخوان را جدا نموده سپس این تیغه را در شیاری که بهمان اندازه درمحل تروکانتر بزرگ Major Trochanter ، تعبیه شده وارد کرده پس‌ازآن مطابق (شکل ۲ـB) ، توسط دو پیچ اتصال محکم نموده .



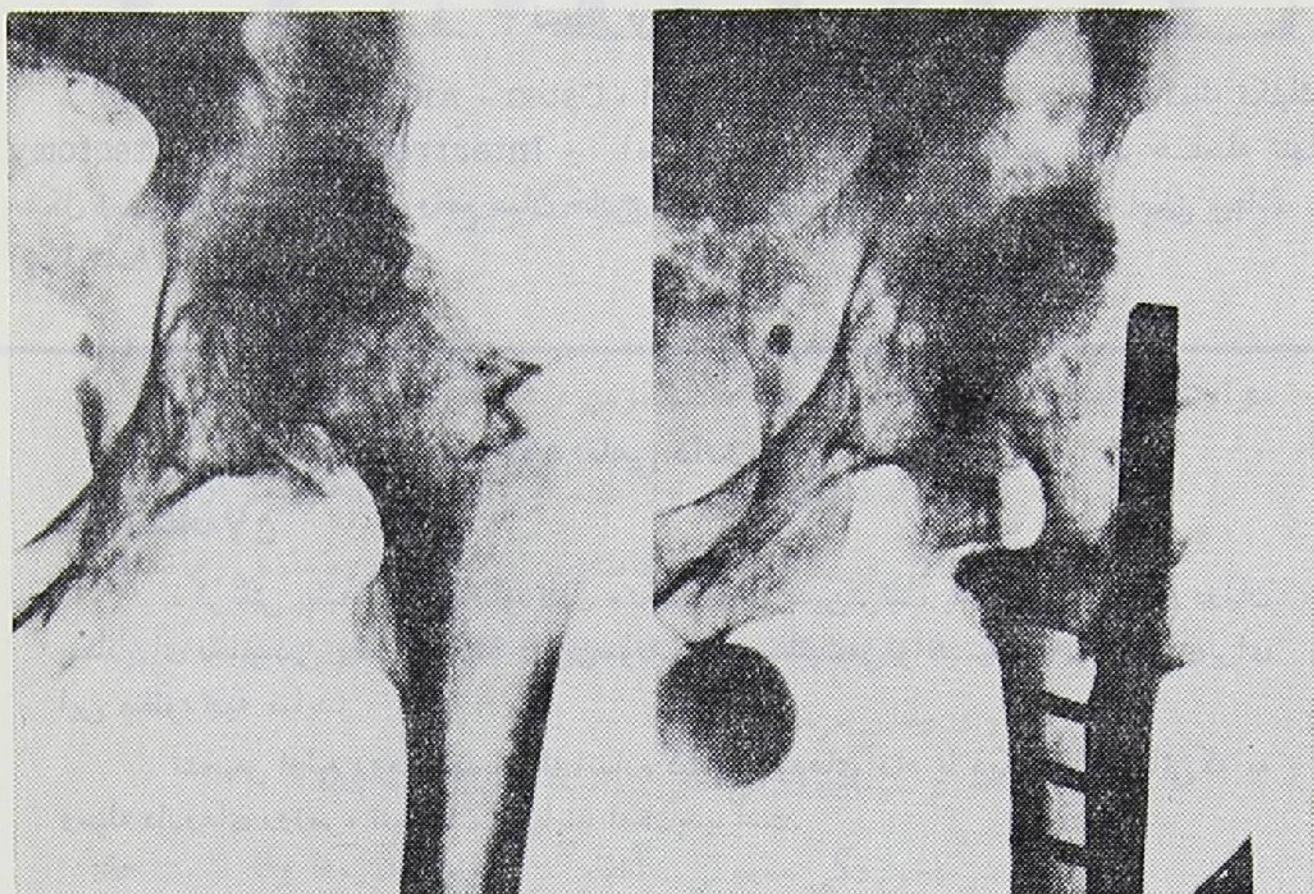


A شکل-۲ B

پس از عمل اقدام به Fixation خارجی نموده بیکی ازسه طریق (شکل۱) ، مفصل لگنی بیماررا بمدت حداقل سه ماه باند پیچی مینمایم .

مشاهدات رادیولوژیکی : مدتی پس‌ازعمل مشاهدات رادیولوژیکی نشان میدادکه درکلیه بیماران پیشرفت فاسد شدن قطعات عفونی استخوانی متوقف شده وبجای‌آن سختی واستحکام‌استخوانها

را فرا گرفته ، برضخامت طبقات غضروفی افزوده شده ومفاصل حجیمتر گردیده‌اند . (شکل۳).



شکل—۳

البته میزان تغیرات استحکام مفاصل پس‌ازعمل درافراد متفاوت بوده .
بطوریکه در۲۲مورد (۶۵٪) افزایش حجم مفصلی متفاوت بنظرمیرسید .
ازاین مقدارنتایج در ۱۳ مورد جزءگروه عالی ، ۲ مورد جزءگروه خوب ، ۷ مورد جزء گروه متوسط بوده . و قابل توجه اینکه نتایج بد وجود نداشته . لذا اینطور بنظر میرسد که درایـن گروه نتایج بهتری عاید گردیده است .

بحث Discussion

باتوجه به آمار ونتایج فوق‌الذکر ، بدون شك اثرات مثبت Intertrochanteric ، Osteotomy استخوان ران جهت برطرف‌کردن دردهای حـاصل از Osteo Arthritis مفصل لگنی رانی ، ثابت ومکشوف گردیده .

اگر در بعضی مواقع پس ازعمل به موانعی ازجمله اشکال درحرکت پس‌ازجراحی برخورد مینمودیم ، صرفا در بیمارانی بوده‌که یا بعللی استخوانها خوب قالب‌گیری نشده ، یا بـه علل دیـگر بیمارتحت جراحیهای پیوندهای پی‌درپی استخوانی قرار گرفته .

بعلاوه برتری نتایج مثبت حاصل ازعمل بروی افراد گروه‌کم سن و سال نسبت به افراد مسن

کاملا مشهود بوده است .

نتیجه Summary

درمورد ۳۴ Osteo - Arthritis ، استخوان لگن که برروی ۳۱ مریض به‌کمك تکنیك Intertrochanteric Osteotomy ، انجام گرفت ، گذشته از نتایج مثبت حاصله تنها مشکل و عامل مخرب عمل در واقع همان خارج شدن استخوانهای پیوندی از قالب اصلی میباشد . (شکل۲ـA).

فارماکودینامی داروهای . . .

بقیه ازصفحه ۵۷

اگر نقش پپتیدهای آزادبطورکامل مشخص گردد بدین‌ترتیب یك‌روش ساده‌برای درمان بیماریهای رماتیسمی پیداخواهدشد دراین‌صورت شیمی‌سنتتیك‌می‌تواند ترکیب‌های‌زیادی‌برای این منظورتهیه نماید.

تشخیص اولیه روماتوئیدبوسیله اندازه‌گیری پپتیدهای‌آزاد یا دیگر ملکولهائی‌که به وسیله داروهای روزمره تغییرمکان می‌یابند امکان‌پذیراست.

References

I. Davis, R, H, Fisher J. S and Mc Gowan, L (1968). Journal of Endocrinology 41, 603.

II. Dawkins, P. Dand smith M.J.H (1971) Journal of Phamacy and pharmacology, in press

III. Goldstein, A. (1949) Pharmacological Reviews, 1, 102

IV. Hench' P.S (1949) Annals of Rheumatic Diseases, 8, 90.

V. Hess, S. M and Udenfriend, S. (1959). journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 127, 175

VI. McMenamy, R. H and oncley. J,L. (1958). Journal of Biological Chemistry 233. 946

VII. Spector, W.G,.and Willoughby,D,A. (1968). The Pharmacology of Inflammation London. English Universities Press.

VIII. Ropes, M,W,. Bennet, G,A,. Cobb, S. Jacox, R and Jessar, R,A (1959). Annals of the Rheumatic Diseases, 18,49,.

FEMIDOL®

قرص فمیدول : فرآورده‌ایست ضد (درد ، تب ،گریپ وروماتیسم) اثرآن سریع، قاطع و طولانی است

مواردااستعمال : سندرمهای دردناك حاد ـ مزمن و عودکننده

سردرد ـ دندان درد ـ نوریت ـ نورالژی ـ دردهای پیش‌ازقاعدگی قاعدگی دردناك ـ درد مفاصل ـ آرتروز ـ ورم مفصل رماتیسمی دردهای ضربه‌ای ـ دردهای بعد ازعمل جراحی و پس از زایمان و دردهای سرطانی

انواع سرماخوردگی حتی زمانیکه با تب توام باشد

سرماخوردگی معمولی ـ آنفلوآنزا ـ تورم لوزه‌ها وفارنژیت حاد درد عضلات ـ کمردرد ـ تورتیکولی

قرص فمیدول : حاوی‌کلرپروفن پیریدامین است. آنتی‌هیستامینی موثروقابل‌تحمل که درعین حال خاصیت آرام بخش مختصری نیزدارد

قرص فمیدول را درکودکان‌کمتراز دو سال نباید تجویزکرد

ترکیب : هرقرص فمیدول حاوی :

Chlorprophenpyridamine maleate	0/0016 gm
d - propoxyphene base	0/027 »
caffeine	0/036 »
acetyl - P - aminophenol	0/120 »
aluminium acetylsalicylate (Equivalent to 0.250 gm of acetylsalicylic acid)	0/300 »

بعلت عاری بودن از ترکیبات باربیتوریك و مواد مخدره میتوان آنرا بمدت طولانی بکار برد .

باکتریها خیلی سریع رشد کرده و زیاد میشوند



بهمین جهت یک باکتریسید که مستقیماً باکتریها را نابود میکند مثل

Binotal

لازم است



بینوتال میکروبها را میکشد .

بینوتال ژرمهای پاتوژن را سریع و مستقیم در بدن انسان از بین میبرد .

بینوتال بدون نیاز بدفاع طبیعی بدن ، میکروبها را کشته و طی ۲ ساعت تعداد آنها را به $\frac{۱}{۱۰۰}$ تعداد قبلی میرساند .

بینوتال پنی‌سیلین گسترده طیف است

وقاتل مستقیم ژرمهای گرام‌منفی و گرام مثبت میباشد . از جمله انتروکوکها ، سالمونلاها و هموفیلوس درمقابله با **بینوتال** کشته شده وازبین میروند .

بینوتال عملا غیرسمی است .

محدودیتی برای دوزاز آن وجود ندارد ، درتمام بیماران حتی درهرسن وسالی دربچه‌ها ونیز درزنان حامله، درنارسائیهای کلیه وموا قعی که فونکسیون کلیه‌های بیمارآسیب دیده است قابل تجویز میباشد .

موارد غیرقابل تجویز

بینوتال نزدکسانیکه به پنی‌سیلین حساسیت دارند نباید تجویز گردد

طراب و اختلالات
ستگاه گوارش

(ليبراكس) اين حلقه معيوب را مى شكند

ليبراكس) روش،آنتى كولى نرژيك
ضد اضطراب ميباشد.

يبراكس ازدياد ترشح و ازدياد حركت و
مچنين انقباضات را چه نوع عملى و چه
ز نوع عضوى ميزان مى‌كند .

ليبراكس اثر دوگانه
در درمان اختلالات
هيجانى و جسمانى دارد

‹Librax›
Trade Mark

ROCHE


Bactrim
ROCHE

محلول رودکس ۱۵۰ CC

برای حفظ بهداشت خود و خانواده میوه‌ها و سبزیجات و
ظروف غذاخوری آشپزخانه را قبلا با محلول رودکس
ضد عفونی کرده بعد آب بکشید ومصرف نمائید

قرص میسیدون

باداروی آنتی هیستامینیکی

مسکن دردها ضد سرماخوردگی

قرص میسیدون اطفال

باداروی آنتی هیستامینیک

شیرین ـ خوشمزه

تب‌بر ـ مسکن دردها ـ ضد سرماخوردگی

نشانی : خیابان فیشرآباد ـ خیابان اراك ـ کوچه شهریور کاشی ۱۰

تلفن ۸۲۰۴۵۱ و ۸۲۱۲۷۱



IRACEVIT

و

IRACEVIT FoRTE

ایراسویت

که اولی حاوی ۵۰۰ و دومی ۱۰۰۰ میلیگرم ویتامین C در پودر طبیعی پرتقال خوش طعم و خوش عطر مانند میوه تازه میباشد.

- ایراسویت: ویتامین C با شکلی تازه و گوارا
- ایراسویت: مطبوع برای کودکان و بزرگسالان
- ایراسویت: ویتامین C که بصورت شربت پرتقال در میاید
- ایراسویت: برای تقویت عمومی و افزایش زندگی و انرژی حیاتی

طرز مصرف:

محتوی یك پاکت را که ۵ گرم است در یك استکان آب سرد بریزید، شربت پرتقال خوش طعمی که سرشار از ویتامین C است بدست میآید.

مقدار مصرف:

هر روز یك بسته را در آب سرد ریخته بیاشامند

فرآورده «داروپخش» ایران

مرکز پخش سازمان پخش و فروش داروپخش ـ تهران خیابان آذر

تلفن ۳۰۱۰۱۱-۹-۸-۳۰۴۳۸۷

Gruppe	Erreger
	Große Viren
	Rickettsien
Gramnegative Bakterien	Klebs. pneumoniae
	Pseudomonas aeruginosa (Ps. pyocyanea)
	Shigellen
	Salmonellen
	Proteus sp.
	Brucellen
	E. coli
	Haem. pertussis u. influenzae
Gramnegative Kokken	Neiss. meningitidis
	Neiss. gonorrhoeae
Grampositive Kokken	Staph. aureus Pen. G-sensib.
	Staph. aureus Pen. G-resist.
	Enterokokken
	Strept. pneumoniae
	Strept. pyogenes
Grampositive Bakterien	Corynebact. diphtheriae
	Clostridien
	Aktinomyceten
Spirochäten	Treponema pallidum
Protozoen	Entamoeba histolytica
Mykobakterien	M. tuberculosis

(modifiziert nach Mössner u. Maurer, Med. Klin. 59 (1964) No. 3)

Reverin روورین

275 mg.
350 mg.
150 mg.

نظریات علمی درباره استفاده از رورین

روورین بیش از ۸ برابر دوز خوراکی تتراسیکلین موثر است
(Heite, Chemotherapia, 1 : 364-374 1960)

روورین بیش ازسایر تتراسیکلین‌های وریدی موثر است
(Rolly ü Fussgänger DMW, 85, 40, 1762-1764,1960)

روورین با دارا بودن غلظت‌های باکتریسیدی در خون روی ژرمهائی نیز که با آنتی بیوگرامهای معمولی در مقابل تتراسیکلین‌ها مقاوم هستند، مؤثر میباشد
(Ritzerfeld Klin. Wschr. 38, 14 : 698, 1960)

روورین در نسوج نیزغلظت باکتریسیدی ایجاد مینماید
(Otte Zbl. Bakt. Abt. 1 Orig 180, 4 : 569, 1960)

علاوه بر تزریق وریدی و عضلانی میتوان روورین را در محلهای زیر بکار برد

داخل استخوان	داخل شرایین
« پرده صفاق	« مفصل
« پروستات	« پرده جنب
« نخاع	« مثانه
« کانالها	« آبسه مغزی

روورین هم از راه تزریقی و هم از طریق تجویز موضعی دارای تحمل برجسته است حتی تزریق ۴۰ بار روورین در داخل یك ورید هیچ تحریکی ایجاد نکرده و بخوبی تحمل میشود



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ - تهران - تلفن ۹-۶۲۵۲۲۷
Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80

تونیك تزریقی جهت افزایش قوای روحی و جسمی و درمان خستگی‌های مفرط

فسفوستیمول Fosfostimol®

یك تونیك تزریقی استثنائی با خواص ذیل

- ایجاد ترکیبات پر انرژی فسفات (ATP) که بوسیله فسفوستیمول کاتالیزه می‌شوند.
- بهبود نسبت میزان فسفولیپیدها و کلسترول در خون بنفع فسفولیپیدها
- افزایش محسوس میزان قدرت جسمی
- بهبود نیروی حافظه و قدرت تمرکز فکری
- بهبود حالت کلی بدن در اثر تأثیر خواص چهارگانه فوق

بسته بندی : آمپولهای ۱ میلی‌لیتری ۱۰ عددی



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ ـ تهران ـ تلفن ۹-۸۲۵۰۴۱

Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80

پنی‌سیلین خوراکی با دوزاژ عالی ۶۰۰,۰۰۰ واحد در هر قرص،
حداکثر تأثیر و تحمل عالی برای احتیاجات روزانه مطب جهت تجویز در عفونتهای مختلف (برونشیت ، عفونتهای لوزه ، عفونتهای لثه ، دندان و فك ، فورنکولوز)

Cliacil® 600,000u. کلیاسیل

مقدار تجویز روزانه : ۲ تا ۴ بار وهربار یك قرص جهت تجویز به بزرگسالان و کودکان مدارس
۲ تا ۴ بار وهربار نیم قرص جهت تجویز به اطفال کوچك و شیرخواران



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ ـ تهران ـ تلفن ۹ـ۸۲۵۰۴۱
Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80

